Backgrounder

BP-217E

MIDWIFERY: A NEW STATUS

Maureen Baker
POLITICAL AND SOCIAL AFFAIRS DIVISION

October 1989

Library of Parliament
Bibliothèque du Parlement

Research Branch

90-05364/

The Research Branch of the Library of Parliament works exclusively for Parliament, conducting research and providing information for Committees and Members of the Senate and the House of Commons. This service is extended without partisan bias in such forms as Reports, Background Papers and Issue Reviews. Research Officers in the Branch are also available for personal consultations in their respective fields of expertise.

© Minister of Supply and Services Canada 1990

Cat. No. YM32-2/217E

ISBN 0-660-13494-2

CE DOCUMENT EST AUSSI
PUBLIÉ EN FRANÇAIS

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

TABLE OF CONTENTS

Page

INTRODUCTION 1

HISTORICAL BACKGROUND OF MIDWIFERY IN CANADA 4

CROSS-CULTURAL COMPARISONS OF REGULATION AND QUALITY OF CARE 8

SOME PROVINCIAL INITIATIVES 14

A. British Columbia 14
B. Alberta 17
C. Manitoba 17
D. Ontario 17
E. Quebec 20
F. Newfoundland 22

CONCLUSIONS 23

REFERENCES 25

CANADA

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

MIDWIFERY: A NEW STATUS

INTRODUCTION

The practice of midwifery has existed throughout history and in all cultures. Experienced, skilled women have always assisted other women during pregnancy and childbirth, although they did not always make a living from providing these services. It was not until the twentieth century, and only in some western countries, that the process of childbirth was moved from the home to a hospital environment under the control of physicians.

The word "midwife," which comes from Old English and means "with woman," is defined as "a woman skilled in aiding in the delivery of babies."(1) Obstetrics, on the other hand, is defined as "the branch of medicine concerned with childbirth and the treatment of women before and after childbirth."(2) While midwifery views childbirth as a natural creative process, the medical profession tends to treat it as a pathology or illness and increasingly advocates hospital births using the latest medical intervention.(3) Although the "medicalization of childbirth" is essentially a twentieth century phenomenon, the assumption is prevalent in North America that births "delivered" by physicians in hospitals are the only safe ones. As will be shown in this paper, however, the available research from Canada, the United States, Britain and The Netherlands does

---

(1) The Collins English Dictionary, London, 1986.

(2) Ibid.

(3) Lisa Jezioranski,"Towards a New Status for the Midwifery Profession in Ontario," McGill Law Journal, Vol. 33, No. 1, 1987, p. 92.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

not support this assertion. While infant mortality and maternal death rates have declined in most industrialized countries since the 1930s, this decline cannot be attributed entirely to hospital births or the birthing procedures used by physicians.

Throughout history, midwifery has been almost exclusively dominated by women and to some extent the continuing dispute between doctors and midwives has been a power struggle based on gender differences in philosophies of childbirth. To an even greater extent, however, this dispute is about professional competition. The present Canadian debate over the legalization and regulation of midwifery touches on important policy issues, such as how public health care costs should be controlled, which health practitioners' fees should be covered by Medicare, whether parents have the right to choose childbirth alternatives, and what legal rights should be granted to the fetus. The issue of fetal rights is particularly relevant in the "Baby Voth" case, to be discussed later in this paper.

Midwifery adopts a holistic approach to childbirth, and encourages midwives to devote considerable time and attention to each client throughout pregnancy, birth and the post-partum period. Midwives also support the concept of home births, but with the co-operation of physicians and hospitals for emergency situations. Because Canadian medical associations have adopted the position that home births are dangerous and that only licensed physicians should deliver babies, they have advised their members not to cooperate with midwives. Midwives are not permitted to practise in hospitals without the consent and supervision of doctors, nor are their services included in Medicare. This means that if they practise at all in Canada, they are on the fringes of the legal and health care systems.

Medical associations have opposed both the independent practice of midwifery and home births; they feel that midwives are not adequately trained and would not have the necessary knowledge or technology to deal with medical emergencies alone in the home setting. Both doctors and nurses, however, are willing to permit trained midwives to practise within the hospital setting if they are supervised by doctors and regulated by the College of Nurses. But midwives contend that this would undermine

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

the basic philosophy behind their profession - that childbirth is a normal, healthy function. Physicians, obstetricians and nurses, they say, are trained to deal with illness.(4)

Due to their ambiguous legal and professional status, midwives may be particularly vulnerable to prosecution under criminal and tort laws. Without professional standards and regulation for midwifery, the courts are likely to use medical standards as the benchmark for assessing negligence. Medical organizations, however, are openly hostile to midwifery and have made policy statements suggesting that the very practice of midwifery is negligent.(5)

A further complication for midwives is that there are three parties involved in childbirth: midwife, mother and fetus. The increasing trend to accord rights to fetuses may encourage greater technological intervention on behalf of the fetus to protect physicians and midwives from tort cases. Although the fetus has not been considered a legal person by the Canadian Charter of Rights and Freedoms, courts have awarded custody of a fetus to a child welfare agency when there were grounds to believe that health and safety were in danger.(6) Recent court cases in the United States relating to the detection of fetal abnormalities have tended to impose on physicians and midwives the duty to use all the latest medical technology to attempt to discover birth defects. The philosophy behind midwifery, however, supports natural childbirth and de-emphasizes interventionist procedures.

Despite the dubious legality of midwifery, it is becoming increasingly acceptable to Canadians as an alternative to medical delivery, which some see as excessively technological, interventionist and

---

(4) Linda Hossie, "The Midwives Battle for Self-Rule," Globe and Mail (Toronto), 12 November 1985.

(5) College of Physicians and Surgeons of Ontario, "Nurse-Midwives," College Notices, January 1982.

(6) Jezioranski (1987), p. 114-117.

expensive.(7) In response to lobby groups arguing for a more humanistic birthing environment and with the intention of reducing health care costs, Canadian provincial governments are beginning to re-evaluate the legal and professional status of midwifery, and to consider its integration into the health care system.

HISTORICAL BACKGROUND OF MIDWIFERY IN CANADA

Historically, the community midwife, who was considered to be the expert on childbirth, received her training from a long apprenticeship with an older midwife. From the diaries, letters and records of early European traders, missionaries and settlers, we know that many native groups relied on midwives during childbirth. Medical missionaries were often impressed with the skill of these women, the absence of infection during childbirth and low rates of neonatal mortality. Historical records also indicate that in the early 1700s, midwives trained in France were paid by the French king to practise in New France. The British government also paid an allowance to midwives in Nova Scotia, at least for a brief period during the 1750s. In Nova Scotia and Quebec, the practice of midwifery was legal until after the First World War.(8)

Newfoundland, although not explicitly permitting midwifery, had a long tradition of lay midwives or "granny women" in the villages and outports until the 1960s. In addition to dealing with childbirth and reproductive problems, these women served as lay healers for all community members in times of illness. Midwives also worked in cottage hospitals

---

(7) Ibid., p. 90-91.

(8) Task Force on the Implementation of Midwifery in Ontario, Report, Toronto, 1987, p. 199-200.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

between 1930 and 1960.(9) Except among particular isolated ethnic groups or in the outports of Newfoundland, however, women whose primary function was midwifery were rare. Instead, farm women assisted their neighbours and relatives during childbirth but seldom accepted money for their services.(10)

As the medical profession became more organized in Upper Canada, opposition to midwifery grew as both doctors and midwives competed for the same patients. In 1795 the government of Upper Canada passed the first Act to Regulate the Practice of Medicine, which made it illegal to practise physic, surgery or midwifery without a licence. Yet the shortage of doctors and enforcement procedures meant that this law was never enforced. In 1815, 1818 and 1827, more Acts were passed, but midwives were exempt until a new law was passed in 1865.

In the 1870s, several attempts were made to license midwives in Upper Canada, but doctors intervened. This did not stop neighbours helping other women with their births, so that doctors found themselves in competition with these women, who provided aid for illness, as well as childbirth.(11)

The first conviction of a midwife charged with practising medicine without a licence was in 1895. This case caused so much public outcry, however, that a sympathetic politician paid the midwife's fine.(12)

In 1897, Lady Aberdeen, of the National Council of Women, created the Victorian Order of Home Helpers, which compounded doctors' fears of competition. Lady Aberdeen wanted the new organization to provide

---

(9) Celia Benoit, "Midwives and Healers: The Newfoundland Experience," Healthsharing, Winter 1983; Celia Benoit, "Traditional Midwifery Practice: The Limits of Occupational Autonomy," Canadian Review of Sociology and Anthropology, Vol. 26, No. 4, August 1989, p. 636.

(10) Task Force, Ontario (1987), p. 201-202.

(11) Ibid., p. 208.

(12) Lori Cohen, Greg Heaton and Paul Bunner, "A Victory for Midwives," Alberta Report, 25 July 1988.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

training for women in midwifery, first aid, simple nursing, household economy and home sanitation, and wanted to upgrade existing midwives into salaried official health workers. After opposition from both doctors and hospital nurses, the organization was renamed the Victorian Order of Nurses, and used trained nurses exclusively.(13)

At the beginning of the twentieth century, many country doctors learned their delivery skills from local midwives or relied heavily on their knowledge and expertise. In cities and larger towns, however, the medical profession was growing in visibility and strongly advocated hospital births with medical intervention. Prior to medical insurance, however, many families could not afford a doctor's fees or hospital expenses, and relied as much as possible on home remedies or neighbours with expertise in childbirth and other health matters.

In the first four decades of this century, doctors and nurses, both of whose livelihoods were adversely affected by midwives and informal health networks, conducted a public re-education campaign which tried to change women's expectations about childbirth and the safety of the medical birth.(14) In spite of this, various medical investigations early in the twentieth century found that maternal mortality rates were actually higher in areas served by doctors and hospitals than in areas where there was neither a doctor nor a public health nurse.(15) Before the introduction of improved sanitation, hygiene and procedures of disease control, hospitals and medical techniques did not foster improved health; indeed, lack of intervention during the birthing process was often beneficial. Concerns about high rates of maternal mortality in Canadian hospitals during the 1920s led to serious attempts to improve hygiene and disease control. Some doctors even suggested in the Canadian Medical Association Journal that midwifery should be legalized, because mortality rates for home births were lower than for hospital births. But most doctors tended

---

(13) Task Force, Ontario (1987), p. 210.

(14) Ibid., p. 212.

(15) Ibid., p. 203.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

to blame women themselves for birth problems, claiming that they did not take care of themselves or consult doctors for prenatal care.

By 1937, however, rates of infant and maternal mortality had dropped sharply in Canada. Although this decline has been attributed to the discovery of antibiotics and the enormous increase in hospital births, the decline had begun a year before the introduction of the first antibiotic. Furthermore, European countries also experienced this decline, despite their continued use of midwives and home births.(16) The drop in mortality may have been related to improved living conditions, sanitation, hygiene and nutrition.

In northern and other remote areas of Canada, public health nurses were informally allowed to deliver babies in emergencies, but with the shortage of doctors, nurses became extensively involved in midwifery. As more regional hospitals were built, however, policies were established to evacuate women in labour so that doctors could deliver their babies in the new hospitals. Nurses were not supposed to deliver babies, but in fact did attend the deliveries of women who refused to be evacuated.

As immigration laws prevented European-trained midwives from entering Canada and as non-hospital births became rarer, fewer Canadian-trained nurses felt confident to deliver babies. Although there has been at least one recent experiment using "maternity teams" of native midwives and non-native doctors and nurses, hospital births among strangers have become prevalent for native people living in the north.(17)

By the end of the 1950s, childbirth in Canada was generally viewed as an unnatural event or a form of illness requiring hospitalization and medical intervention. Husbands were not allowed in the labour room, and drugs, forceps and surgery were commonly used in childbirth. Because of increasing costs of liability insurance, exclusion from hospital privileges, technological advances in obstetrics, and a desire for regular hours, many family practitioners stopped delivering babies and allowed

---

(16) Ibid., p. 222.

(17) Ibid., p. 226.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

specialists to take over. This often meant that there was little continuity in maternal health care.

In recent years, feminists, health reformers, and various consumer groups have been working to reform the birthing process to make it more responsive to women's needs and expectations, to encourage the participation of husbands, and to involve midwives who can provide continuous care for a lower cost than physicians.

Midwives continue to work in Canada, but generally as nurses in hospital obstetric wards or as public health nurses in remote areas. Many are immigrants, who received midwifery training in their homeland but were expected to retrain as nurses when they came to Canada. Most provinces bar the autonomous practice of obstetrics or midwifery by anyone other than licensed physicians.

The dying out of the birth culture involving midwives or knowledgeable neighbours and relatives cannot be adequately explained by the introduction of a safer system. As we previously mentioned, at one time there were indications from some parts of the country that undoctored births were safer than medical births. But the neighbourhood network of mutual aid disappeared with industrialization, modernization, the disapproval of the growing professions of doctors and nurses, and re-education programs by public health nurses.(18)

CROSS-CULTURAL COMPARISONS OF REGULATION AND QUALITY OF CARE

Although midwifery is still practised throughout the world in lay form and is the predominant form of birth care, it can now be legally carried out in most industrialized countries only if the practitioners are licensed or certified.(19) Several European countries

---

(18) Ibid., p. 220-227.

(19) Jezioranski (1987), p. 105.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

(most notably The Netherlands, Britain, Sweden and Finland) rely extensively on midwives in hospital and home births.

In The Netherlands, the obstetrician/midwife debate was taking place as early as 1880, when it was agreed that home births should be encouraged because they were safer than hospital births. Since then, midwifery has been the predominant form of birth care and midwives attend deliveries without the supervision of physicians. In The Netherlands, 30% of births take place at home, compared to 1% in Britain, Canada and the United States, and Dutch general practitioners and midwives both deliver at home. Like other countries, however, the trend in The Netherlands has been toward hospital births. While 74% of all Dutch births took place at home in 1958, this figure had dropped to 48% by 1974 and 30% by 1984.(20) In the mid-1970s, midwives attended about 67% of home births and over a third of all births.(21)

The Ministry of Public Health in The Netherlands did not establish a policy on the place of birth, as the National Health Service did in Britain. The Dutch health system is based on private insurance, which covers the payment for prenatal care, delivery and postnatal care only if provided by a midwife - not by a physician - as long as a midwife practises in the community and there are no medical indications for specialized care. Health insurance also covers the cost of nursing aides, which makes home birth easier for women. While Dutch midwives are trained in a special program lasting three years, British midwives initially train as nurses, and then take one year of obstetric training.(22)

---

(20) Alberto Torres and Michael R. Reich, "The Shift from Home to Institutional Childbirth: A Comparative Study of the United Kingdom and The Netherlands," International Journal of Health Services, Vol. 19, No. 3, 1989, p. 406.

(21) G.J. Kloosterman, "The Dutch System of Home Births," in S. Kitzinger and J.A. Davis, eds., The Place of Birth, Oxford University Press, Toronto, 1978, note 54 and 85.

(22) Torres and Reich (1989), p. 407-410.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

In England, midwifery was regulated in 1902 after years of struggle for recognition as a profession. The Midwives Act made it possible for midwives to work as licensed practitioners but vested control of midwifery in the Central Midwives Board, a body composed largely of physicians. Throughout this century, the role of British midwives has continued to shrink as physicians have assumed more of the tasks relating to pregnancy and birth. Over 80% of British midwives work in hospitals, where 99% of births take place, and virtually all midwives are employed by the National Health Service.(23) The centralized planning process of the National Health Service helped facilitate the movement from home to institutional births in the United Kingdom, and ensured that the lobbying efforts of the medical profession had a major and rapid impact on the location of childbirth.(24)

Although midwives are still the senior persons present at three-quarters of all British births, the scope of their clinical judgment narrowed significantly once birth moved to the hospital setting. As employees of hospitals, midwives are subject to hospital regulations concerning birth procedures and these are largely set by obstetricians. Consequently, technological intervention increased considerably during the 1960s and 1970s. At the same time, however, the maternity rights and the feminist movements grew in strength, and objected to much of this intervention.(25) The Association of Radical Midwives was organized in 1976 as a support and study group but eventually became a political action organization to reduce medical intervention in birth, to develop training programs that would not require midwives to train first as nurses, to promote natural and home birth, and to encourage more continuity of care

---

(23) Rose Weitz, "English Midwives and the Association of Radical Midwives," Women and Health, Vol. 12, No. 1, 1987, p. 81.

(24) Torres and Reich (1989), p. 409.

(25) Ibid., p. 82.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

for pregnant women. Few English midwives, however, consider themselves "radical midwives," seeing themselves rather as maternity nurses.(26)

In the United States, only about 1% of births take place outside hospitals. Of these, midwives attended about 74% or 28,000 births in 1984.(27) A national survey was recently conducted to assess the current status and characteristics of state legislation regulating the practice of lay midwifery. A "lay midwife" is someone who practises in a home setting and who has been trained by apprenticeship. As of July 1987, ten states in the United States explicitly allowed lay midwives to practise, ten states prohibited lay midwifery, five states had "grandmother" clauses authorizing midwives practising under repealed statutes, and five states had enabling laws which had not been used. In the remaining 21 states, the legal status of midwives was unclear. The authors of this study conclude that states with so-called enabling laws have actually restricted the practice of midwifery more than have those states where midwifery has unclear legal status.(28)

In an attempt to compare the safety of midwife-attended births and that of physician deliveries, researchers have turned their attention to rates of infant and maternal mortality as well as to complication rates during the birthing process. The United Nations gathers international statistics both on maternal death rates (caused by deliveries and complications of pregnancy and childbirth) and on infant mortality. Although many factors, such as maternal diet, exercise, lifestyle, personal and professional health care and birthing practices, could affect these death rates, they could provide a rough indication of how health care available to pregnant women in Canada compares with that in other countries. According to the United Nations Demographic Yearbook (1984 and

---

(26) Ibid., p. 84.

(27) Irene H. Butter and Bonnie J. Kay, "State Laws and the Practice of Midwifery," American Journal of Public Health, Vol. 78, No. 9, 1988, p. 1167.

(28) Ibid., p. 1161.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

1985), Canada's maternal death rate per 100,000 live births was 3.2 in 1984 compared to 8.0 for the U.S.(1983), 8.2 for the U.K.(1984), and 4.5 for The Netherlands (1985). The Canadian infant mortality rate for babies less than one day old was 2.9 per 1,000 live births in 1986 compared to 4.4 for the United States (1985), 2.6 for the United Kingdom (1984) and 2.0 for The Netherlands (1985). These statistics show no consistently different pattern in maternal and early infant death rates between countries with legal midwives (such as U.K. and The Netherlands) and those without (such as Canada and the U.S.). But not all births in countries with legalized midwifery are attended by midwives, and some take place in hospital while others take place at home. The more accurate comparison of statistics would be between midwife-attended births and physician births within each country, but these figures are difficult to find.

In North America, midwives generally attend normal low-risk births and refer cases with complications to medical practitioners. Although this is a general practice among lay midwives, it is a legal requirement for nurse-midwives. The fact that physicians and doctors deal with a greater proportion of high risk births means that rates of neonatal mortality (up to four weeks after birth) are higher for hospital/physician births. Studies which control for risk factors, however, reveal that mortality rates are comparable for both groups of practitioners. In fact, studies which compare the two groups after the introduction of midwifery programs into American hospitals, such as in California in the 1960s, actually show lower neonatal death rates for midwife-attended births than for obstetrician care.(29)

Research comparing rates for Caesarian sections and subsequent complications in midwife births with those in physician births has helped prompt a review of the legal status of midwifery. North American physicians have been criticized in recent years for performing medically unnecessary Caesarian operations. In fact, North American hospitals carry

---

(29) Footnote 37, page 100 of Jezioranski's article, lists the references of several studies published in the American Journal of Obstetrics and Gynecology in 1969 and 1971.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

out the highest rate of Caesarian sections in the world and in 1988 the American rate had jumped to 25% from about 5% in the 1960s. A study by California researchers, published in 1989 in the New England Journal of Medicine, found that wealthy women in the United States are nearly twice as likely to undergo a Caesarian section as poor women, regardless of age, race, or complications during pregnancy. Caesarians in the United States are particularly likely to be done by private physicians rather than by physicians working in public hospitals or with patients covered by government health care plans.(30) This implies that doctors perform Caesarians on women who can afford to pay for this operation, whether or not they really need it.

In Canada, the Caesarian section rate is about 17 per 100 births, with a high rate of about 20 in Ontario and Quebec, compared to an average of 15 in European countries.(31) The Netherlands, with an above-average percent of home births attended by midwives, had a rate of 6 Caesarians per 100 live births in 1985.(32) In comparison with vaginal births, Caesarian sections are associated with higher rates of maternal and fetal mortality, higher rates of infection and the need for continued medical attention. The extensive use of electronic fetal heart monitors may increase the likelihood of unnecessary medical intervention during labour because studies suggest that such monitors are not accurate predictors of fetal stress. False stress indications increase the likelihood of Caesarian sections which result in greater mortality and morbidity. These monitors also increase the risk of perforations of the uterus and placenta and lacerations to the fetus.(33)

---

(30) Globe and Mail (Toronto), 27 July 1989.

(31) Hossie (1985).

(32) Torres and Reich (1989), p. 408.

(33) United States Department of Health, Education and Welfare, Cost and Benefits of Electronic Fetal Monitoring: A Review of the Literature, DHEW Publication No. 79-3245, 1979.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

In addition to the issue of the safety of midwife/physician deliveries is the issue of comparative cost. In the Dutch health care system, midwifery is considered the lower-cost form of pregnancy care and health insurance pays for physician care only in higher-risk pregnancies. Several Canadian reports recommending the incorporation of midwives' services into Medicare have suggested that midwives should be salaried and paid about the same as nurses, which is about $25,000 to $35,000 per year, only a fraction of the average income of a family practitioner or obstetrician. Midwives also rely less than physicians on technological monitoring, drugs and other interventions, and there is evidence that midwives' clients require less post-partum care and recovery time. This implies that costs for midwife-attended births could be lower than for hospital births at present.(34)

There is a growing awareness in Canada that the costs of maternity care would be greatly decreased under a system of midwifery practice. Evidence from the United States indicates that Ontario taxpayers could see maternity costs cut in half if normal births were assisted by midwives instead of physicians.(35)

SOME PROVINCIAL INITIATIVES

A. British Columbia

In British Columbia, there are about 300 to 400 home births a year, which is just under 1% of all births. All planned home births are midwife-attended, as the British Columbia College of Physicians and Surgeons does not allow doctors to deliver outside hospitals. According to the president of the Midwives Association of B.C., only 3% of planned home births required hospitalization for forceps or Caesarian-section delivery

---

(34) Cathy Fooks and Bob Gardner, "The Implementation of Midwifery in Ontario," Current Issue Paper #50, Ontario Legislative Library, Toronto, 1986, p. 7.

(35) Jezioranski (1987), p. 131.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

in 1986. In the same year, such interventions were used in 25% of the births at Vancouver's Grace Hospital, British Columbia's largest maternity centre.(36) Midwifery training is available for British Columbia nurses, but they cannot practise independently without a physician's supervision.

In 1980, an obstetrician at Vancouver's Grace Hospital initiated a pilot project in which six nurse-midwives provide total maternity care, including delivery with a physician present as an observer. After the first 100 patients, the project was reviewed and the results were compared with those from a matched group of low-risk pregnancies cared for by family physicians. The project review was funded by a National Health Fellowship and a portion of the study was published in the Canadian Medical Association Journal in 1988.(37) Using a standardized scale to measure quality of care, adapted and pretested for this particular study, the researchers found that nurse-midwives provided prenatal care to low-risk women that was comparable, if not superior, to the care provided by family physicians; the complication rate for midwife care was no higher, the infection rate was down by 5%, and the forceps and epidural rates were only 10%. Overall, about 19% of all Canadian births are forceps-assisted.(38) Although this program has not been publicized, demand for low-risk maternity care by the Vancouver Grace Hospital midwives has outstripped current capacities.

Although lay-midwifery has been practised in British Columbia for many years, public discussion about the role of midwives in the health care system and the legal status of the fetus reached a peak with the "Baby Voth" case in 1985. Two lay-midwives were convicted of two counts of criminal negligence, one for causing the stillborn death of the

---

(36) Cohen et al., (1988).

(37) Lynn Buhler, Ned Glick and Samuel B. Sheps, "Prenatal Care: A Comparative Evaluation of Nurse-Midwives and Family Physicians," Canadian Medical Association Journal, Vol. 139, 1 September 1988.

(38) Eleanor LeBourdais, "Despite CMA Misgivings, Support for Midwifery Appears to be Growing," Canadian Medical Association Journal, Vol. 139, 15 October 1988, p. 770.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

fetus they were delivering in a home birth and the other for causing bodily harm to the mother. In October 1986, the midwives were acquitted on the second charge but convicted on the first, and were given suspended sentences and three years' probation. The judge concluded that they had disregarded risk factors that should have ruled out a home birth and had then ignored obvious distress signals. The British Columbia Court of Appeal, however, reversed the conviction of causing death to the fetus, concluding that the fetus was not a "person" but a part of the mother's body. The court then substituted a conviction on the second count.

The "Baby Voth" case is expected to go to the Supreme Court of Canada, where Women's Legal Education and Action Fund (LEAF) will intervene because of the potential implications of this case for all women. LEAF is concerned that the following issues could be addressed by the Supreme Court: a woman's practices of nutrition, contraception, and sexual activity both before and during pregnancy; her right to refuse or accept medical treatment during pregnancy; the nature of her right to seek access to criminal or civil justice in the event of negligent medical treatment; the allocation of decision-making rights between the pregnant woman and the state when prenatal care conflicts arise; and the legal status of a fetus.

The lobby to legalize midwifery appears to be growing in British Columbia, and includes some physicians as well as nurses, midwives and others. In 1987, 37 physicians submitted a letter to the College of Physicians and Surgeons of British Columbia protesting its hard-line interpretation of the Medical Practitioners Act and subsequent move to forbid any form of collaboration between physicians and midwives. The Interdisciplinary Midwifery Task Force of B.C., a registered non-profit society, has had the legalization of midwives as its primary goal since 1980. More than 500 obstetricians, family physicians, nurses, midwives, people who hire midwives and other supporters belong to this group. Both the Task Force and the Midwives Association of British Columbia have been devoted to gaining support for legalization through public education and lobbying. The British Columbia Ministry of Health recently asked the Task

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

Force to carry out a study of the acceptability of midwifery, with the assistance of a $500,000 federal grant.

B. Alberta

In May 1988, the Alberta Advisory Council on Women's Issues produced a discussion paper on midwifery after concerns about the quality of maternal health care were brought to the attention of the Council. In this report, the debate about current maternal care in Alberta centred on the quality of care, continuity of care, the traditional values of midwifery, and consumer rights. The report did not make any recommendations, however, but simply outlined the point of view of the various participants in the debate.

As of February 1989, there were apparently six practising midwives in Alberta, who last year delivered close to 200 babies. The Alberta Association of Midwives would like to see midwifery legalized and standards created for training. They have suggested a four-year post-secondary course leading to a bachelor's degree, which they feel would protect both the public and midwives.

A consumers group called the Alberta Midwifery Task Force has been lobbying since 1988 to have the government legalize midwifery. On the other hand, the position of the Alberta Medical Association is that midwives should deliver only in a hospital under the supervision of a physician and only after they are "properly" trained and registered.

C. Manitoba

In May 1987, the Manitoba Advisory Council on the Status of Women produced a discussion paper on midwifery which supported its legalization and regulation, the provision of midwifery education programs, and the incorporation of midwifery into Manitoba's health care system.

D. Ontario

In Ontario, no legislation exists for the practice of midwifery as a distinct profession. The Health Disciplines Act states that

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

no person may practise medicine unless licensed to do so by the Council of the College of Physicians and Surgeons of Ontario, and the practice of medicine is defined to include surgery and obstetrics. The Health Disciplines Act contains two exceptions to practising without a licence: rendering first aid or emergency treatment without a fee and administering household remedies by members of the patient's household. Section 67(2) of the Act makes explicit reference to midwifery, stating that anyone who professes to be qualified or who practises midwifery is guilty of an offence. This suggests that a midwife could conceivably be prosecuted for practising her profession, although this has apparently never happened.

In April 1984, Bill 48 was introduced into the Ontario legislature by New Democratic Party MPP David Cooke. This bill, which would have established midwifery as an independent self-governing health profession, did not progress to a vote because members felt that further studies were needed to assess the impact of regulated midwifery on the health care system. They also wanted to await the results of the Health Disciplines Review Committee, which had been established in 1983 to report on the proposed legalization of several new health disciplines in Ontario.

In 1985, the death of a baby at a birth attended by a midwife on Wards Island in Toronto raised public awareness of midwifery. An Ontario coroner's jury recommended, after lengthy hearings, that midwifery be legally regulated in Ontario, covered by provincial health insurance (OHIP), and be subject to compulsory malpractice insurance. The Health Ministry, however, would not recommend that the practice of midwifery be licensed until the issue had been thoroughly studied.

In 1986, the Health Disciplines Review Committee recommended that midwifery become a legally regulated profession, a recommendation which was accepted by the Health Minister. How to integrate midwives into the existing health care system was to be decided by a Task Force, chaired by Toronto lawyer Mary Eberts. Although the Task Force included a lawyer, a doctor, a member of the previous Health Disciplines Review Committee and a nurse, it did not include a midwife.

In October 1987, the Report of the Task Force on Midwifery recommended the training and licensing of midwives as independent

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

professionals (rather than as practitioners requiring physician supervision or as members of the nursing profession). According to the report, midwives should be educated in a four-year university program which would not require a nursing certificate as a prerequisite. The establishment of such a program would probably cost about the same as a nursing program, which is about one-third of the cost of medical training.(39) The Task Force also recommended the establishment of a college of midwifery to regulate the profession and a series of safeguards to ensure the highest standards of practice. The report noted that there is now enough evidence to suggest that young, healthy women whose pregnancies proceed normally run no extra risks by giving birth at home. If midwives were licensed and incorporated into the existing medical system, they would be able to arrange in advance for emergency backup care in case of home birth problems.

In response to this report, Ontario Health Minister Elinor Caplan appointed a council of 13 health-care experts to set standards of practice and certification requirements for midwives. This council, which will be led by lawyer Mary Eberts, who chaired the Midwifery Task Force, is expected to pave the way for new legislation in 1990 that will formally regulate the profession and establish a College of Midwives, similar to the colleges that exist for doctors and nurses.(40)

In 1989 there were about 50 practising midwives in Ontario who had delivered roughly 3,000 babies in the past five years. Because midwives are not regulated, they cannot obtain accident insurance. They rely on voluntary guidelines covering agreements with clients, equipment and procedures laid down by the 125-member Association of Ontario Midwives. Their fees, which are not covered by provincial health insurance, average about $800 for prenatal and postnatal care as well as attendance at labour and delivery. Most Ontario midwives operate on a sliding scale,

---

(39) Fooks and Gardner (1986), p. 6.

(40) Christie McLaren, "Midwives Move Closer to Recognition," Globe and Mail (Toronto), 5 July 1989.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

charging less for clients with lower incomes. If midwifery becomes an insured benefit under provincial health insurance plans, this sliding scale would probably be replaced by a flat fee. Contrary to the Task Force recommendation for a four-year university course, the Association of Ontario Midwives feels that a three-year course would suffice.(41)

E. Quebec

The medical Act in Quebec prohibits anyone other than a licensed physician from practising obstetrics. Despite the dubious legal status of midwifery in Quebec, there are about 20 to 30 practising midwives who belong to Quebec Alliance of Practising Midwives or l'Association des sages-femmes diplomées du Québec. In remote northern areas, for example, midwives often deliver babies because of the shortage of physicians. Even in urban hospitals, some doctors who favour the legalization of midwifery have been allowing midwives, who are permitted to assist physicians, to deliver babies. In April 1989, however, administrators of a Montreal hospital suspended a physician for six months for allowing a midwife to deliver the baby, yet another Montreal hospital interested in starting a midwifery pilot project immediately offered him a position.(42)

There used to be an obstetrics course at Laval University for nurses planning to practise outside Quebec or in the north. According to several newspaper articles, the course was dropped in 1972 when women asked to be allowed to practise inside Quebec.(43)

Over the past decade, several organizations have been promoting natural births and the de-medicalization of childbirth. These organizations, such as Naissance-Renaissance, have used official statistics to show the increasing use of medical intervention in childbirth. They have

---

(41) Ibid.

(42) Kate Dunn, "Midwives: Operating on Law's Edge," The Gazette (Montreal), 15 April 1989; Michèle Ouimet, "Ces sages-femmes dont on parle tant," La Presse, 13 May 1989.

(43) Ibid.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

reported, for example, that 82% of women giving birth in Quebec were given episiotomies in 1979 and in 1982 18% had Caesarian sections (up from 12% in 1977). Advocates of the legalization of midwifery claim that these medical interventions are frequently unnecessary yet they often result in a requirement for further medical attention. Naissance-Renaissance is working hard to promote the legalization of midwifery and the development of autonomous birthing centres separate from hospitals, where giving birth can be less bureaucratic and the family can be present.(44)

In 1988, the Commission of Inquiry into Health and Social Services, Quebec (known as the Rochon Commission) recommended that midwifery be legally recognized. In addition, the Advisory Council on Social Affairs in January 1988 urged the government to set up a three-year pilot project using midwives for some low-risk births. The Provincial Task Force on Midwifery also recommended that midwives be regulated. In March 1989, the Minister of Health and Social Services, Thérèse Lavoie-Roux, announced her intention to allow midwives to practise in some hospitals on an experimental basis. Initially, she stated that she would wait for approval from the medical association before introducing legislation, but in May 1989 it was made clear that medical opposition would not diminish.

Quebec doctors reacted angrily to the proposal to legalize midwifery. When Dr. Augustin Roy, president of the Quebec Corporation of Physicians was interviewed by the press, he was alleged to have said: "Why not legalize prostitution? There are a lot more people asking for the legalization of prostitution than the legalization of midwives?"(45) Clement Richer, president of the Quebec Federation of General Practitioners was quoted as saying that allowing midwives to deliver babies is "like

---

(44) Marie-Claude Martel, "Où Accoucher," The Canadian Nurse, April 1988, p. 37.

(45) Ingrid Peritz, "Quebec Wants Midwives Law by June," The Gazette (Montreal), 10 May 1989.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

letting an apprentice pilot take charge of a Boeing 747 loaded with passengers."(46)

A bill to legalize midwifery in a limited number of pilot projects in Quebec hospitals was introduced into the legislature in June 1989, two days before the summer recess. Quebec doctors have threatened to boycott the projects, which cannot succeed without their cooperation. Furthermore, the summer recess and the Quebec election will likely cause the bill to be delayed or dropped.

F. Newfoundland

While midwifery was eliminated throughout North America with medical bureaucratization, medical dominance of maternity care and the move to hospital births, it was merely transformed in Newfoundland and Labrador. Lay midwives, who had learned their skills through apprenticeship, used to deliver babies at home as well as tending to other sick people, sometimes for a small fee or for vegetables, depending on the family's means. In the 1930s these midwives and other interested women were offered three-month courses to work as government employees in the new "cottage hospitals," which employed five to ten trained midwives in each maternity ward. The cottage hospitals were in many ways an improvement for the autonomous lay practitioners because they provided a steady income, a constant place of work, a division of labour, and back-up medical services and facilities with relative freedom from supervision. Regionalization of maternity care began in the 1960s, however, and many of the cottage hospitals were closed. Only a few nurse/midwives are now employed by large regional hospitals, but these work under the supervision of hospital administrators and medical specialists.(47)

Newfoundland's Midwifery Act, revised in 1970, states that the practice of midwifery is to be controlled by the Newfoundland Midwifery

---

(46) André Picard, "Quebec Doctors Denounce Proposed Midwifery Law," Globe and Mail (Toronto), 11 May 1989.

(47) Benoit (1989).

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

Board. The Board regulates the certification of midwives, issues licences to practise and regulates the areas in which a midwife may work. The Board has been inoperative for about 27 years, however, and officials in the Newfoundland Department of Health consider the Midwifery Act to be obsolete. In 1987, there was an attempt to repeal the Act, but the Alliance of Nurses and Midwives protested.

Those midwives who still practise in Newfoundland are trained nurses; they provide prenatal and postnatal counselling and support during the birth, but they do not deliver babies. With no medical backup, they are unwilling to risk home births. This means that in isolated regions, women in the latter stages of pregnancy must travel to a hospital to await labour, causing hardships for themselves and their families. The movement for independent midwifery in Newfoundland appears to be growing but is not strong enough to challenge the Act.(48)

CONCLUSIONS

Canadian midwives work without the benefit of a regulatory college, recognized training, legal protection or assurance of payment. Because they practise outside Medicare, their fees (about $800 for prenatal, birth and postnatal care) are beyond the means of the poor. In the absence of educational requirements and standards, it is possible in theory for anyone to work as a lay midwife outside a hospital setting. Provincial laws in most provinces restrict the delivery of babies to physicians, however, and the lack of support from hospitals and the medical profession make the practice of midwifery difficult.

Many Canadian midwives received their training during their nursing education in Europe while others trained as lay midwives or nurse-midwives in the United States. Although there is increasing demand

---

(48) Deborah Redfern, "Midwifery in Newfoundland," Healthsharing, Winter 1987, p. 9.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

for midwifery courses and the regulation of the profession in Canada, opposition has come from both physicians and hospital nurses.

In 1987, the Canadian Medical Association Journal (Vol. 136, 15 June 1987) printed a statement about the role of midwives. This clearly stated that the Association did not support the establishment of midwifery as an autonomous health care profession but believed that nurses could be trained to assume more obstetrical care responsibilities under the direction of physicians. Their own study of obstetrical care concluded that the present system contains all the resources and personnel required to provide Canadian women with the highest quality of obstetrical care.

At a time when health expenditures are under scrutiny and governments and hospitals are searching for ways to cut costs, more extensive use of midwives is being seriously considered in some provinces. Furthermore, Canadian women are increasingly demanding an alternative to the "medicalization" of childbirth and to hospital deliveries by obstetricians. Those who can afford the services of foreign-trained midwives can go outside the medicare system and pay extra for this service. Many trained midwives, however, will not practise in Canada because they fear prosecution, lack liability insurance, or feel they need the support of doctors and hospitals in case of emergency.

There is still considerable disagreement about how the profession should be regulated. Both doctors' and nurses' associations have suggested that the College of Nurses regulate nurse/midwives; yet many midwives feel that if they had to work in hospitals under the authority of doctors and nurses, their philosophy of childbirth would be undermined and the legalization and regulation of midwifery would place the profession under even more severe restrictions than it faces at present.

If midwifery were legalized, if a separate college of midwifery were to set standards of education and practice, if training courses were established and midwifery services were covered by Medicare, the issue of medical cooperation would still remain. Unless physicians were willing to establish a division of labour and share maternity care with midwives, legalization and regulation would not be meaningful. The need

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

for midwives to obtain physicians' cooperation without jeopardizing their own principles is a dilemma similar to that which has been faced by osteopaths, pharmacists, chiropractors and chiropodists. As long as physicians retain their current dominant role in the health care system, any changes to this system will come on physicians' terms.(49) Yet if midwifery services were incorporated under Medicare, and midwives were permitted to provide prenatal and postnatal care as well as attend low-risk births at home and in hospitals, a considerable number of health care dollars could be saved.

REFERENCES

Alberta Advisory Council on Women's Issues. Midwifery in Alberta: A Discussion Paper. Edmonton, 12 May 1988.

Anderson, Cheryl. "Midwifery and the Family Physician." Canadian Family Physician, Vol. 32, January 1986, p. 11-15.

Barrington, Eleanor. Midwifery is Catching. New Canada Publications, Toronto, 1985.

Barrington, Eleanor. "A Safe and Satisfying System is the Goal of Ontario Midwives." Globe and Mail (Toronto), 17 February 1986.

Benoit, Celia. "Midwives and Healers: The Newfoundland Experience." Healthsharing, Winter 1983.

Benoit, Celia. "Traditional Midwifery Practice: The Limits of Occupational Autonomy." Canadian Review of Sociology and Anthropology, Vol. 26, No. 4, August 1989, p. 633-649.

Buhler, Lynn, Ned Glick and Samuel B. Sheps. "Prenatal Care: A Comparative Evaluation of Nurse-Midwives and Family Physicians." Canadian Medical Association Journal, Vol. 139, 1 September 1988.

Butter, Irene H. and Bonnie J. Kay. "State Laws and the Practice of Midwifery." American Journal of Public Health, Vol. 78, No. 9, 1988, p. 1161-1169.

---

(49) Deborah A. Sullivan and Rose Weitz, Labor Pains. Modern Midwives and Home Births, Yale University Press, New Haven, 1988, p. 164-165.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

Canadian Medical Association. "The Role of Midwives." Canadian Medical Association Journal, Vol. 136, 15 June 1987.

Cohen, Lori. "The Baby Who Wasn't." Alberta Report, 15 August 1988.

Cohen, Lori, Greg Heaton, and Paul Bunner. "A Victory for Midwives." Alberta Report, 25 July 1988.

College of Physicians and Surgeons of Ontario. "Nurse-Midwives." College Notices, January 1982.

Dunn, Kate. "MD Suspended in Dispute Over Midwife." The Gazette (Montreal), 12 April 1989.

Dunn, Kate. "Midwives: Operating on Law's Edge." The Gazette (Montreal), 15 April 1989.

Ehrenreich, B. and D. English. Witches, Midwives and Nurses: A History of Women Healers. New York, 1973.

Fooks, Cathy and Bob Gardner. "The Implementation of Midwifery in Ontario." Current Issue Paper #50. Ontario Legislative Library, Toronto, November 1986.

Gibbon, John Murray, with Mary S. Mathewson. Three Centuries of Canadian Nursing. Macmillan Company, Toronto, 1947.

Gilbert, Terry. "Midwives Lobby to Legalize Profession." Calgary Herald, 19 February 1989.

Hossie, Linda. "The Midwives Battle for Self-Rule." Globe and Mail (Toronto), 12 November 1985.

Hurlburt, J. "Midwifery in Canada: A Capsule History." The Canadian Nurse, Vol. 77, 1981.

Jezioranski, Lisa. "Towards a New Status for the Midwifery Profession in Ontario." McGill Law Journal, Vol. 33, No. 1, 1987, p. 90-136.

Kitzinger, S. and J.A. Davis, eds. The Place of Birth. Oxford University Press, Toronto, 1978.

Kloosterman, G.J. "The Dutch System of Home Births." In Kitzinger and Davis, 1978.

LeBourdais, Eleanor. "Despite CMA Misgivings, Support for Midwifery Appears to be Growing." Canadian Medical Association Journal, Vol. 139, 15 October 1988, p. 769-772.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

MacKay, R. "Poor Relief and Medicine in Nova Scotia, 1749-1793." S.E.D. Shortt, ed. Medicine in Canadian History: Historical Perspectives. McGill University Press, Montreal, 1981.

Manitoba Advisory Council on the Status of Women. Midwifery: A Discussion Paper. Winnipeg, May 1987.

Martel, Marie-Claude. "Où Accoucher." The Canadian Nurse, April 1988, p. 34-37.

Mate, Gabor. "It's Time to Legalize Midwifery." Globe and Mail (Toronto), 8 January 1987.

McLaren, Christie. "Midwives Move Closer to Recognition." Globe and Mail (Toronto), 5 July 1989.

"Midwives' Case Next in Fetal Rights' Debate." LEAF Newsletter, No. 7, Summer 1989.

Ouimet, Michèle. "Ces sages-femmes dont on parle tant." La Presse, 13 May 1989.

Peritz, Ingrid. "Quebec Wants Midwives Law by June." The Gazette (Montreal), 10 May 1989.

Picard, André. "Quebec Doctors Denounce Proposed Midwifery Law." Globe and Mail (Toronto), 11 May 1989.

Rauhala, Ann. "Task Force Endorses Role of Midwifery." Globe and Mail (Toronto), 30 June 1987.

Redfern, Deborah. "Midwifery in Newfoundland." Healthsharing, Winter 1987, p. 9.

Stevenson, Judi. "Fetal Positions." Toronto Life, May 1986, p. 52, 73ff.

"Study Links Wealth and Caesarians." Globe and Mail (Toronto), 27 July 1989.

Sullivan, Deborah A. and Rose Weitz. Labor Pains. Modern Midwives and Home Births. Yale Press, New Haven, 1988.

Task Force on the Implementation of Midwifery in Ontario (Chaired by Mary Eberts). Report. Toronto, 1987.

Torres, Alberto and Michael R. Reich. "The Shift from Home to Institutional Childbirth: A Comparative Study of the United Kingdom and The Netherlands." International Journal of Health Services, Vol. 19, No. 3, 1989, p. 405-414.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

United States Department of Health, Education and Welfare. Cost and Benefits of Electronic Fetal Monitoring: A Review of the Literature. DHEW Publication No. 79-3245, Washington, D.C., 1979.

Van Wagner, Vicki. "Women Organizing for Midwifery in Ontario." Resources for Feminist Research, Vol. 17, No. 3, September 1988.

Weitz, Rose. "English Midwives and the Association of Radical Midwives." Women and Health, Vol. 12, No. 1, 1987, p. 79-89.

Wertz, R. and D. Wertz. Lying-In: A History of Childbirth in America. Free Press, New York, 1977.

Wood, Nancy. "Time to Settle Midwife Dispute, Minister Told." The Gazette (Montreal), 13 April 1989.

BP-217F

Étude générale

LES SAGES-FEMMES: UN NOUVEAU STATUT

Maureen Baker
DIVISION DES AFFAIRES POLITIQUES ET SOCIALES

Octobre 1989

Bibliothèque du Parlement
Library of Parliament

Service de recherche

Le Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement travaille exclusivement pour le Parlement, effectuant des recherches et fournissant des informations aux parlementaires et aux comités du Sénat et de la Chambre des communes. Entre autres services non partisans, il assure la rédaction de rapports, de documents de travail et de bulletins d'actualité. Les attachés de recherche peuvent en outre donner des consultations dans leurs domaines de compétence.

© Ministre des Approvisionnements et Services Canada 1990

N° de cat. YM32-2/217F

ISBN 0-660-92871-X

THIS DOCUMENT IS ALSO PUBLISHED IN ENGLISH

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

TABLE DES MATIÈRES

Page

INTRODUCTION..... 1

CONTEXTE HISTORIQUE DE LA PROFESSION DE SAGE-FEMME AU CANADA..... 4

LA RÉGLEMENTATION ET LA QUALITÉ DES SOINS À L'ÉTRANGER..... 10

QUELQUES INITIATIVES PROVINCIALES..... 16

A. La Colombie-Britannique..... 16
B. L'Alberta..... 19
C. Le Manitoba..... 20
D. L'Ontario..... 20
E. Le Québec..... 23

CONCLUSIONS..... 26

RÉFÉRENCES..... 29

CANADA

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

LES SAGES FEMMES: UN NOUVEAU STATUT

INTRODUCTION

On rencontre les sages-femmes dans toutes les périodes de l'histoire et dans toutes les cultures. De tout temps, des femmes d'expérience ont apporté leur aide à d'autres femmes pendant la grossesse et l'accouchement, même si elles ne faisaient pas de l'exercice de cet art leur gagne-pain. Ce n'est qu'au XX^{e} siècle, et dans quelques pays occidentaux, que les femmes ont cessé d'accoucher chez elles pour mettre leurs enfants au monde à l'hôpital, sous la surveillance de médecins.

La "sage-femme" (en anglais, "midwife" vient du vieil anglais et signifie "avec femme") est "celle dont le métier est d'accoucher les femmes"(1). L'obstétrique, en revanche, est définie comme la "partie de la médecine relative aux accouchements"(2). Alors que les sages-femmes considèrent l'accouchement comme un phénomène créatif naturel, la profession médicale tend à le traiter comme une pathologie ou une maladie et préconise de plus en plus l'accouchement à l'hôpital, avec l'aide des méthodes d'intervention médicale les plus modernes(3). Bien que la "médicalisation de l'accouchement" soit essentiellement un phénomène du XX^{e} siècle, on considère très largement en Amérique du Nord que seuls les accouchements pratiqués à l'hôpital par des médecins sont sûrs. Toutefois, ainsi que nous le verrons plus loin, les recherches effectuées au Canada, aux États-Unis, en Grande-Bretagne et aux Pays-Bas opposent

---

(1) Dictionnaire Petit Robert, 1973.

(2) Ibid.

(3) Lisa Jezioranski, "Towards a New Status of the Midwifery Profession in Ontario", McGill Law Journal, vol. 33, n° 1, 1987, p. 92.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

un démenti à cette affirmation. S'il est vrai que les taux de mortalité infantile et maternelle ont diminué dans la plupart des pays industrialisés depuis les années 1930, ce recul ne peut être attribué entièrement aux accouchements hospitaliers ni aux méthodes d'accouchement employées par les médecins.

Tout au long de l'histoire, l'art de l'accouchement a été exercé presque exclusivement par les femmes et, dans une certaine mesure, le conflit qui se poursuit encore de nos jours entre médecins et sages-femmes constitue une lutte pour le pouvoir où rivalisent deux conceptions de l'accouchement, l'une masculine et l'autre féminine. Dans une plus grande mesure encore, le conflit est la manifestation d'une concurrence professionnelle. Le débat qui se déroule actuellement au Canada sur la légalisation et la réglementation de la profession de sage-femme met en jeu des questions de principe importantes, telles que le contrôle qu'il convient d'exercer sur le coût des soins de santé, quels honoraires médicaux doivent être couverts par l'assurance-maladie, le droit des parents à choisir la méthode d'accouchement et les droits juridiques de l'enfant à naître. Ce dernier aspect revêt une importance particulière dans la cause "Bébé Voth", dont nous parlerons plus loin.

Les sages-femmes ont de l'accouchement une conception holistique et consacrent de ce fait beaucoup de temps et d'attention à chaque patiente, tout au long de la grossesse, de l'accouchement et de la période puerpérale. Elles préconisent également l'accouchement à domicile, mais avec la coopération d'un médecin hospitalier en cas d'urgence. Étant donné que les associations médicales canadiennes ont pris pour position que l'accouchement à domicile est dangereux et que seuls des médecins en règle devraient pratiquer des accouchements, elles ont demandé à leurs membres de ne pas collaborer avec les sages-femmes. Celles-ci ne sont pas autorisées à pratiquer dans les hôpitaux sans le consentement et la supervision de médecins, et leurs services ne sont pas non plus couverts par l'assurance-maladie. Cela signifie que, si elles exercent au Canada, elles le font en marge du droit et du système de santé.

Les associations médicales se sont prononcées aussi bien contre la pratique indépendante de la profession de sage-femme que contre

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

les accouchements à domicile; elles estiment que les sages-femmes n'ont pas une formation suffisante et ne posséderaient ni les connaissances ni les moyens techniques nécessaires pour répondre seules à une urgence médicale au domicile de la parturiente. Toutefois, médecins et infirmières permettent à des sages-femmes diplômées d'exercer en milieu hospitalier si elles sont supervisées par des médecins et réglementées par le Collège des infirmières. Mais les sages-femmes répliquent que ces conditions sont contraires à la philosophie qui sous-tend leur profession, à savoir que l'accouchement est une fonction normale et saine. À leurs yeux, médecins, obstétriciens et infirmières ont vocation de s'occuper de la maladie(4).

Vu leur statut juridique et professionnel ambigu, les sages-femmes sont particulièrement exposées aux poursuites criminelles et civiles. La profession n'étant astreinte à aucun code et à aucune réglementation, les tribunaux sont susceptibles d'évaluer la négligence en fonction des normes médicales. Or, les organisations médicales sont ouvertement hostiles aux sage-femmes et ont lancé des déclarations de principe disant que la pratique même de la profession de sage-femme constitue une négligence(5).

Une autre complication pour les sages-femmes est que trois parties sont en jeu dans l'accouchement: la sage-femme, la mère et le foetus. La tendance croissante à reconnaître des droits au foetus risque d'encourager une plus grande intervention technologique pour le compte du foetus, médecins et sages-femmes cherchant à se protéger contre des poursuites en dommages-intérêts. Bien que la Charte canadienne des droits et libertés ne reconnaisse pas le foetus comme une personne juridique, il est arrivé que les tribunaux confient la garde du foetus à des organismes de protection de l'enfance lorsqu'il existait des raisons de penser que sa

---

(4) Linda Hossie, "The Midwives Battle for Self-Rule", Globe and Mail (Toronto), 12 novembre 1985.

(5) College of Physicians and Surgeons of Ontario, "Nurse-Midwives", College Notices, janvier 1982.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

santé et sa sécurité étaient menacées(6). Des jugements récents rendus aux États-Unis relatifs à la détection des anomalies foetales tendent à imposer aux médecins et sages-femmes l'obligation d'utiliser toute la technologie médicale la plus récente pour tenter de découvrir les malformations congénitales. Toutefois, toute la philosophie qui sous-tend la profession de sage-femme privilégie l'accouchement naturel et cherche à minimiser les méthodes interventionnistes.

En dépit du doute qui plane sur le statut juridique des sages-femmes, les Canadiens voient de plus en plus dans leurs méthodes une solution de rechange à l'accouchement médicalisé, qu'ils considèrent comme excessivement technologique, interventionniste et coûteux(7). Réagissant aux groupes de pression qui militent pour une humanisation de l'accouchement et désireux de réduire le coût des soins de santé, les gouvernements provinciaux canadiens commencent à réévaluer le statut juridique professionnel des sages-femmes et à envisager l'intégration de cette profession dans le système de santé.

CONTEXTE HISTORIQUE DE LA PROFESSION DE SAGE-FEMME AU CANADA

Par le passé, la sage-femme d'une collectivité, considérée comme la spécialiste de l'accouchement, se formait au cours d'un long apprentissage en compagnie d'une sage-femme plus âgée. D'après les journaux personnels, les lettres et les archives des premiers négociants, missionnaires et colons européens, nous savons que chez maints groupes autochtones des sages-femmes prêtaient main-forte lors des accouchements. Les missionnaires qui possédaient quelques connaissances médicales se montrèrent souvent impressionnés par le savoir de ces femmes, l'absence d'infection après l'accouchement et le faible taux de mortalité néo-natale. Les archives historiques nous apprennent également qu'au début du XVIII^{e} siècle, le roi de France payait des sages-femmes formées en

---

(6) Jezioranski (1987), p. 114-117.

(7) Ibid., p. 90-91.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

France pour exercer en Nouvelle-France. Le gouvernement britannique versait également une allocation aux sages-femmes de Nouvelle-Écosse, au moins pendant une brève période des années 1750. En Nouvelle-Écosse et au Québec, les sages-femmes pouvaient pratiquer légalement jusqu'après la Première Guerre mondiale(8).

À Terre-Neuve, où la profession n'était pourtant pas explicitement reconnue, des sages-femmes non diplômées ou "granny women" assistaient les parturientes dans les villages et ports isolés jusque dans les années 1960. En sus de s'occuper des accouchements et des problèmes de reproduction, ces femmes soignaient également tous les villageois, en cas de maladie. Elles travaillaient également dans des hôpitaux de campagne entre 1930 et 1960(9). Toutefois, rares étaient celles qui avaient pour fonction principale de pratiquer les accouchements, sauf chez quelques groupes ethniques isolés particuliers ou dans les villages de pêcheurs éloignés de Terre-Neuve. Il s'agissait surtout de femmes rurales qui aidaient leurs voisines et parentes lors des accouchements, mais acceptaient rarement une rémunération pour leurs services(10).

Au fur et à mesure que la profession médicale s'organisait dans le Haut-Canada, l'opposition entre médecins et sages-femmes s'accentua, tous deux se livrant concurrence pour la faveur des mêmes patients. En 1795, le gouvernement du Haut-Canada promulgua la première loi réglementant la pratique médicale, qui interdisait l'exercice de la médecine, de la chirurgie ou de l'art de l'accouchement sans une licence. La pénurie de médecins et les difficultés de surveillance ont fait que

---

(8) Task Force on the Implementation of Midwifery in Ontario, Rapport, Toronto, 1987, p. 199-200.

(9) Celia Benoit, "Midwives and Healers: The Newfoundland Experience", Healthsharing, hiver 1983; Celia Benoit, "Traditional Midwifery Practice: The Limits of Occupational Autonomy", Canadian Review of Sociology and Anthropology, vol. 26, n° 4, août 1989, p. 636.

(10) Groupe de travail, Ontario (1987), p. 201-202.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

cette loi ne fut jamais respectée. En 1815, 1817 et 1827, d'autres lois furent promulguées, mais les sages-femmes restèrent exemptes jusqu'à l'adoption d'une autre loi encore en 1865.

Les années 1870 virent plusieurs tentatives de légalisation des sages-femmes dans le Haut-Canada, mais les médecins les firent échouer. Ceci n'empêchait pas les femmes de s'aider entre voisines pour accoucher, si bien que les médecins se trouvèrent en concurrence avec ces femmes qui dispensaient également des soins en cas de maladie, en sus de leur rôle lors des accouchements(11).

La première condamnation d'une sage-femme pour exercice illégal de la médecine fut prononcée en 1895. Cette affaire causa cependant un tel tollé dans le public qu'un homme politique sympathisant paya lui-même l'amende de la sage-femme(12).

En 1987, Lady Aberdeen, du National Council of Women, créa la Victorian Order of Home Helpers, qui ne fit qu'aviver les craintes des médecins devant cette nouvelle concurrence. Lady Aberdeen souhaitait que la nouvelle organisation dispense une formation aux femmes dans l'art de l'accouchement, en premiers soins, en soins infirmiers simples et en économie et hygiène domestiques, et voulait faire des sages-femmes existantes des travailleuses de la santé reconnues et salariées. Face à l'opposition conjuguée des médecins et des infirmières hospitalières, l'organisation fut rebaptisée l'Ordre victorien des infirmières et ne fit plus appel qu'à des infirmières professionnelles, exclusivement(13).

Au début du XX^{e} siècle, un grand nombre de médecins de campagne apprenaient leurs connaissances en matière d'accouchement auprès des sages-femmes locales ou faisaient largement appel à leur savoir et à leur expérience. Dans les bourgades et les villes, en revanche, la profession médicale gagnait en visibilité et préconisait fortement

---

(11) Ibid., p. 208.

(12) Lori Cohen, Greg Heaton et Paul Bunner "A Victory for Midwives", Alberta Report, 25 juillet 1988.

(13) Groupe de travail, Ontario (1987), p. 210.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

l'accouchement à l'hôpital, avec intervention médicale. Mais avant l'avènement de l'assurance-maladie, maintes familles n'avaient pas les moyens de payer un médecin ou les frais d'hôpital et faisaient appel autant que possible aux remèdes de bonne femme ou aux voisines ayant quelques connaissances en matière d'accouchement et autres soins.

Au cours des 40 premières années de notre siècle, médecins et infirmières, confrontés à la concurrence des sages-femmes et des réseaux de soins informels, entreprirent une campagne de rééducation du public qui visait à changer la manière dont les femmes percevaient l'accouchement et l'intervention médicale(14). Néanmoins, plusieurs enquêtes médicales réalisées au début du XX^{e} siècle constatèrent que les taux de mortalité maternelle étaient en fait plus élevés dans les régions desservies par des médecins et des hôpitaux que dans celles où il n'existait ni médecins ni infirmières de santé publique(15). Avant l'introduction d'une meilleure hygiène et de méthodes d'asepsie, les hôpitaux et les techniques médicales ne contribuaient guère à l'amélioration de la santé; au contraire, l'absence d'intervention pendant un accouchement était souvent bénéfique. Face aux taux de mortalité maternelle élevés enregistrés dans les hôpitaux canadiens au cours des années 1920, on chercha sérieusement à améliorer l'hygiène et l'asepsie. Certains médecins préconisèrent même dans le Bulletin de l'Association médicale canadienne de légaliser la pratique des sages-femmes, le taux de mortalité étant plus faible dans le cas des accouchements à domicile que dans celui des accouchements à l'hôpital. Mais la plupart des médecins tendaient à rejeter sur les femmes elles-mêmes la faute des difficultés d'accouchement, disant qu'elles ne prenaient pas assez soin d'elles-mêmes ou ne consultaient pas de médecin pour des soins prénataux.

Toutefois, dès 1937, les taux de mortalité infantile et maternelle avaient très nettement diminué au Canada. Bien que l'on ait attribué ce recul à la découverte des antibiotiques et à l'augmentation

---

(14) Ibid., p. 212.

(15) Ibid., p. 203.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

énorme du nombre de naissances à l'hôpital, la chute était déjà entamée un an avant l'introduction des premiers antibiotiques. En outre, les pays européens ont enregistré le même recul, bien que l'on ait continué à y avoir recours aux sages-femmes et à accoucher à domicile(16). La baisse de mortalité peut avoir été due à l'amélioration des conditions de vie, de l'hygiène et de l'alimentation.

Dans le nord et les autres régions éloignées du Canada, les infirmières de santé publique étaient officieusement autorisées à pratiquer les accouchements en cas d'urgence, mais avec la pénurie de médecins, elles ont été amenées largement à jouer le rôle de sages-femmes. Toutefois, au fur et à mesure de la construction de nouveaux hôpitaux régionaux, on prit coutume d'y transporter les femmes en instance d'accouchement afin de les placer sous la surveillance de médecins. Les infirmières n'étaient pas censées faire des accouchements, mais assistaient dans la pratique les femmes qui refusaient d'être évacuées.

La législation en matière d'immigration interdisant l'entrée du Canada aux sages-femmes formées en Europe et les naissances à domicile devenant plus rares, le nombre des infirmières formées au Canada se sentant assez sûres pour effectuer des accouchements des femmes alla diminuant. Même chez les autochtones du Nord, la norme est devenue d'aller accoucher à l'hôpital, au milieu d'étrangers, même si récemment on a fait au moins une expérience avec des "équipes de maternité" composées de sages-femmes autochtones et de médecins et d'infirmières non autochtones(17).

À la fin des années 50, on en était venu à considérer largement l'accouchement comme un événement non naturel ou une forme de maladie exigeant hospitalisation et intervention médicale. Les maris n'étaient pas autorisés à rester dans la salle de travail et l'on employait couramment médicaments, forceps et interventions chirurgicales. Un grand nombre de médecins de famille cessèrent d'accoucher les femmes et

---

(16) Ibid., p. 222.

(17) Ibid., p. 226.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

cèdèrent la place aux spécialistes, devant le coût croissant de l'assurance-responsabilité civile, le retrait des privilèges hospitaliers, les progrès technologiques en obstétrique et leur désir d'heures de travail plus régulières. Il en a souvent résulté une perte de continuité des soins offerts aux mères.

Ces dernières années, féministes, réformateurs de la santé et divers groupements de consommateurs ont milité pour une réforme des procédés d'accouchement, afin de mieux les conformer aux besoins et aux attentes des femmes, d'encourager la participation des maris et faire intervenir des sages-femmes qui peuvent assurer des soins continus à moindre coût que les médecins.

Il existe encore des sages-femmes au Canada, mais elles travaillent généralement comme infirmières dans les pavillons de maternité des hôpitaux ou comme infirmières de santé publique dans les régions isolées. Beaucoup sont des immigrantes, qui ont acquis leur formation dans leur pays d'origine et ont dû se recycler comme infirmières à leur arrivée au Canada. La plupart des provinces interdisent l'exercice autonome de l'obstétrique ou de l'art de l'accouchement par quiconque n'est pas médecin licencié.

L'introduction de méthodes plus sûres ne suffit pas à expliquer la disparition de la coutume qui voulait que l'on accouche avec l'aide de sages-femmes ou de voisines et parentes expertes. Ainsi que nous l'avons vu plus haut, à une certaine époque les statistiques de quelques régions du pays montraient que les accouchements sans médecin donnaient lieu à moins d'accidents que ceux effectués par des médecins. Mais le réseau d'entraide de voisinage a disparu avec l'industrialisation, la modernisation, l'hostilité du nombre croissant des médecins et infirmières et le changement des mentalités sous l'impulsion des infirmières de santé publique(18).

---

(18) Ibid., p. 220-227.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

LA RÉGLEMENTATION ET LA QUALITÉ DES SOINS À L'ÉTRANGER

Bien que la profession de sage-femme soit encore pratiquée partout dans le monde par des non-diplômées et reste la forme dominante de soins aux accouchées, elle ne peut plus aujourd'hui être pratiquée légalement que par des practiciennes licenciées ou agréées dans la plupart des pays industrialisés(19). La plupart des pays européens (et plus particulièrement les Pays-Bas, la Grande-Bretagne, la Suède et la Finlande) font très largement appel aux sages-femmes, aussi bien pour les accouchements à l'hôpital qu'à domicile.

Aux Pays-Bas, la controverse entre obstétriciens et sages-femmes est intervenue dès les années 1880, lorsqu'il fut décidé d'encourager les accouchements à domicile, du fait que ceux-ci étaient plus sûrs que les accouchements à l'hôpital. Depuis lors, les sages-femmes jouent le premier rôle dans les soins d'accouchement, qu'elles dispensent sans la supervision de médecins. Aux Pays-Bas, 30 p. 100 des naissances ont encore lieu à domicile, comparé à 1 p. 100 en Grande-Bretagne, au Canada et aux États-Unis, avec l'assistance aussi bien de médecins omnipraticiens que de sages-femmes. Toutefois, comme dans les autres pays, la tendance va dans le sens de l'accouchement hospitalier. Alors qu'en 1958, 74 p. 100 de toutes les naissances avaient encore lieu au domicile, ce chiffre est tombé à 48 p. 100 en 1974 et à 30 p. 100 en 1984(20). Vers le milieu des années 1970, les sages-femmes pratiquaient 67 p. 100 des accouchements à domicile et plus d'un tiers du nombre total d'accouchements(21).

---

(19) Jezioranski (1987), p. 105.

(20) Alberto Torres et Michael R. Reich, "The Shift from Home to Institutional Childbirth: A Comparative Study of the United Kingdom and The Netherlands", International Journal of Health Services, vol. 19, n° 3, 1989, p. 406.

(21) G.L. Kloosterman, "The Dutch System of Home Births", dans S. Kitzinger et J.A. Davis, éd., The Place of Birth, Oxford University Press, Toronto, 1978, notes 54 et 85.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

Le ministère de la Santé publique des Pays-Bas n'a pas élaboré de politique quant au lieu de l'accouchement, contrairement au Service national de santé britannique. Le système sanitaire néerlandais repose sur l'assurance privée, qui couvre les soins prénataux, l'accouchement et les soins postnataux uniquement s'ils sont donnés par une sage-femme - non par un médecin - à condition qu'une sage-femme exerce à proximité et qu'il n'existe nulle indication médicale exigeant des soins spécialisés. L'assurance-maladie couvre également le coût d'aides soignantes, ce qui facilite aux femmes l'accouchement à domicile. Tandis que les sages-femmes néerlandaises suivent une formation spécialisée de trois ans, les Britanniques reçoivent une formation initiale d'infirmière, avant de faire une année de spécialisation en obstétrique(22).

En Angleterre, la profession de sage-femme fut réglementée en 1902, après des années de lutte pour la reconnaissance. Le Midwives Act permit aux sages-femmes de travailler comme praticiennes licenciées mais confiait le contrôle de la profession au Central Midwives Board, un conseil composé majoritairement de médecins. Tout au long du siècle, le rôle des sages-femmes britanniques n'a cessé de reculer, les médecins assumant une part de plus en plus grande des tâches relatives à la grossesse et à l'accouchement. Plus de 80 p. 100 de sages-femmes britanniques travaillent dans un hôpital, où se déroulent également 99 p. 100 des naissances, et la quasi-totalité sont employées par le Service national de santé(23). La planification centralisée de ce dernier a encouragé la tendance vers l'accouchement hospitalier au Royaume-Uni et assuré l'aboutissement rapide des pressions exercées dans ce sens par la profession médicale.

Bien que les sages-femmes continuent à jouer le rôle dominant dans les trois quarts de tous les accouchements en Grande-Bretagne, le champ de leur jugement clinique s'est considérablement rétréci depuis que les accouchements se déroulent dans le cadre hospitalier. En tant qu'employées des hôpitaux, les sages-femmes sont astreintes aux règles

---

(22) Torres et Reich (1989), p. 407-410.

(23) Rose Weitz, "English Midwives and the Association of Radical Midwives", Women and Health, vol. 12, n° 1, 1987, p. 81.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

hospitalières en matière de techniques d'accouchement, lesquelles sont principalement déterminées par des obstétriciens. Aussi, l'intervention technologique s'est-elle considérablement amplifiée au cours des années 1960 et 1970. Toutefois, en même temps, les mouvements de défense des droits des mères et le mouvement féministe gagnaient en force et s'élevaient contre la plupart de ces interventions(25). La Association of Radical Midwives (Association des sages-femmes radicales) fondée en 1976 en tant que groupe de soutien et d'étude, ne tarda pas à se muer en mouvement politique ayant pour objectif de réduire l'intervention médicale dans les accouchements, d'obtenir des programmes de formation qui n'exigeraient pas que les sages-femmes suivent une formation préalable d'infirmière, de promouvoir l'accouchement naturel et à domicile et d'encourager une plus grande continuité des soins donnés aux femmes enceintes. Toutefois, peu de sages-femmes anglaises se considèrent "sages-femmes radicales", se voyant plutôt comme des infirmières de maternité(26).

Aux États-Unis, seules près de 1 p. 100 des naissances se déroulent en dehors de l'hôpital. Soixante-quatorze pour cent de ces accouchements étaient pratiqués par des sages-femmes en 1984, soit 28 000(27). Une enquête nationale fut menée récemment afin de déterminer la situation actuelle et les caractéristiques de la législation des États réglementant la profession de "sage-femme non diplômée". Ce terme désigne celle qui exerce à domicile et qui a été formée en apprentissage. À la date de juillet 1987, 10 États américains autorisaient explicitement l'exercice des sages-femmes non diplômées, 10 États l'interdisaient, cinq États avaient des clauses d'antériorité autorisant l'exercice en vertu de lois abrogées, et cinq avaient des lois habilitantes jamais appliquées.

---

(25) Ibid., p. 82.

(26) Ibid., p. 84.

(27) Irene H. Butter et Bonnie J. Kay, "State Laws and the Practice of Midwifery", American Journal of Public Health, vol. 78, n° 9, 1988, p. 1167.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

Dans les 21 États restants, le statut juridique des sages-femmes était incertain. Les auteurs de l'étude concluaient que les États disposant de soi-disant lois habilitantes restreignant en fait davantage la profession de sage-femme que ceux où son statut juridique n'était pas clair(28).

En vue de comparer les risques associés aux accouchements pratiqués par sage-femme et par médecin, les chercheurs ont analysé les taux de mortalité infantile et maternelle, de même que les taux de complications liées aux accouchements. Les Nations Unies rassemblent des statistiques internationales aussi bien sur les taux de décès maternel (décès pendant l'accouchement et par suite de complications de la grossesse et de l'accouchement) et la mortalité infantile. Bien que ces taux soient influencés par un grand nombre de facteurs, tels que le régime alimentaire de la mère, ses exercices physiques, son mode de vie, les soins de santé personnels et professionnels et les méthodes d'accouchement, on peut y trouver une indication grossière de la manière dont les soins offerts aux femmes enceintes au Canada se comparent avec ceux d'autres pays. Selon l'Annuaire démographique (1984 et 1985) des Nations Unies, le taux de décès maternel canadien par 100 000 naissances vivantes était de 3,2 en 1984, comparé à 8,0 aux États-Unis (1983), 8,2 au Royaume-Uni (1984), et 4,5 aux Pays-Bas (1985). Le taux de mortalité infantile des nouveaux-nés de moins d'un jour au Canada était de 2,9 par 1 000 naissances vivantes en 1986, comparé à 4,4 aux États-Unis (1985), 2,6 au Royaume-Uni (1984) et 2,0 aux Pays-Bas (1985). On n'observe pas de variation uniforme de ces taux entre pays où les sages-femmes exercent légalement (tels qu'au Royaume-Uni et aux Pays-Bas) et ceux où leur profession n'est pas reconnue (comme le Canada et les États-Unis). Mais tous les accouchements ne sont pas pratiqués par des sages-femmes dans les pays qui reconnaissent la profession, et certains se déroulent à l'hôpital et d'autres à domicile. On pourrait tirer des conclusions plus précises en comparant d'une part les chiffres des accouchements effectués par des sages-femmes et ceux pratiqués par des médecins dans chaque pays, mais ces statistiques sont difficiles à réunir.

---

(28) Ibid., p. 1161.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

En Amérique du Nord, les sages-femmes exercent normalement les accouchements normaux à faible risque et renvoient les cas avec complications aux médecins. Bien que ce soit simplement une pratique courante chez les sages-femmes non diplômées, les sages-femmes infirmières y sont contraintes par la loi. Le fait que les médecins aient à s'occuper d'une plus grande proportion d'accouchements à haut risque signifie que le taux de mortalité néo-natale (jusqu'à quatre semaines après la naissance) est plus élevé dans le cas des accouchements à l'hôpital effectués par des médecins. Toutefois, les études comportant une pondération selon le facteur risque révèlent que les taux de mortalité sont comparables pour les deux groupes de praticiens. En fait, les études qui comparent les deux groupes après introduction de sages-femmes dans les hôpitaux américains, comme ce fut le cas en Californie dans les années 1960, font apparaître des taux de décès néo-nataux inférieurs dans le cas des accouchements pratiqués par les sages-femmes que dans ceux effectués par des obstétriciens(29).

Des recherches comparant le taux des césariennes et des complications subséquentes aux accouchements pratiqués par les sages-femmes et les médecins ont contribué à la décision de revoir le statut juridique de la profession de sage-femme. Les médecins nord-américains essuient depuis quelques années des critiques qui leur reprochent d'effectuer des césariennes médicalement inutiles. De fait, les hôpitaux nord-américains connaissent le nombre le plus élevé de césariennes au monde et, en 1988, ce taux atteignait aux États-Unis 25 p. 100, contre seulement 5 p. 100 dans les années 1960. Une étude menée par des chercheurs de Californie, publiée en 1989 dans le New England Journal of Medicine, a montré que les femmes américaines de milieu aisé sont deux fois plus susceptibles de subir une césarienne que les femmes pauvres, quels que soient l'âge, la race ou les complications survenues pendant la grossesse. Aux États-Unis, les césariennes sont surtout le fait de médecins exerçant dans le privé, plutôt que de médecins travaillant en hôpital public ou dont les patients sont

---

(29) Le renvoi 37, page 100, de l'article de Jezioranski, indique comme références plusieurs études publiées dans l'American Journal of Obstetrics and Gynecology en 1969 et 1971.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

couverts par un régime public d'assurance-maladie(30). Cela implique que les médecins pratiquent des césariennes sur les femmes qui ont les moyens de payer l'opération, qu'elles en aient réellement besoin ou non.

Au Canada, le pourcentage de césariennes est d'environ 17 par 100 accouchements, avec une pointe aux alentours de 20 en Ontario et au Québec, comparé à une moyenne de 15 dans les pays européens(31). Les Pays-Bas, avec une proportion de naissances à domicile avec assistance de sages-femmes supérieure à la moyenne, enregistraient un taux de 10 césariennes par 100 naissances vivantes en 1985(32). Par comparaison à l'accouchement par voie naturelle, la césarienne est accompagnée d'un taux plus élevé de mortalité maternelle et foetale, d'un plus grand risque d'infection et de la nécessité de soins médicaux prolongés. La généralisation de l'emploi de moniteurs cardiaques électroniques pour surveiller le coeur du foetus accroît la probabilité d'une intervention chirurgicale inutile, d'autant que des études donnent à penser que ces instruments ne sont pas des indicateurs fiables de stress foetal. Les indications de stress erronées accroissent la probabilité d'une césarienne, laquelle donne lieu à une plus grande incidence de mortalité et de morbidité. Ces moniteurs cardiaques accroissent également le risque de perforation de l'utérus et du placenta et de lacérations du foetus(33).

Outre le problème du risque respectif des accouchements pratiqués par les sages-femmes et les médecins, se pose le problème du coût. Aux Pays-Bas, la surveillance des grossesses par les sages-femmes est considérée comme la formule la moins coûteuse et l'assurance-maladie ne rembourse les honoraires de médecins que dans le cas des grossesses à risque. Plusieurs rapports canadiens recommandant l'intégration des

---

(30) Globe and Mail (Toronto), 27 juillet 1989.

(31) Hossie (1985).

(32) Torres et Reich (1989), p. 408.

(33) United States Department of Health, Education and Welfare, Cost and Benefits of Electronic Fetal Monitoring: A Review of the Literature, publication DHEW N° 79-3245, 1979.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

services des sages-femmes dans l'assurance-maladie suggèrent que les sages-femmes soient salariées et rémunérées au même niveau que les infirmières, soit de 25 000 $ à 35 000 $ par an, c'est-à-dire une fraction seulement du revenu moyen du médecin omnipraticien ou de l'obstétricien. Les sages-femmes font également moins appel que les médecins aux nstruments de haute technologie, aux médicaments et aux autres interventions et l'on a des raisons de croire que les clientes des sages-femmes requièrent moins de soins puerpéraux et ont une convalescence plus courte. Cela implique que le coût des accouchements pratiqués par les sages-femmes pourrait être inférieur au coût actuel des accouchements à l'hôpital(34).

On prend de plus en plus conscience au Canada que le coût des soins de maternité serait considérablement moindre dans un système où les sages-femmes auraient leur place. Il ressort de l'extrapolation de données américaines que les contribuables ontariens verraient les frais de maternité réduits de moitié si les accouchements normaux étaient effectués par des sages-femmes plutôt que par des médecins(35).

QUELQUES INITIATIVES PROVINCIALES

A. La Colombie-Britannique

En Colombie-Britannique, on compte près de 300 à 400 naissances à domicile par an, soit juste un peu moins de 1 p. 100 du nombre total. Tous les accouchements à domicile intentionnels ont lieu avec l'assistance d'une sage-femme, du fait que le Collège des médecins et chirurgiens de Colombie-Britannique n'autorise pas les médecins à faire d'accouchements ailleurs que dans un hôpital. Selon la présidente de l'association des sages-femmes de Colombie-Britannique, seuls 3 p. 100 des

---

(34) Cathy Fooks et Bob Gardner, "The Implementation of Midwifery in Ontario", Current Issue Paper 50, Ontario Legislative Library, Toronto, 1986, p. 7.

(35) Jezioranski (1987), p. 131.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

accouchements à domicile intentionnels ont exigé en 1986 l'hospitalisation de la parturiente pour l'extraction aux forceps ou par césarienne. La même année, pareilles interventions ont été pratiquées dans 25 p. 100 des naissances à l'hôpital Grace de Vancouver, qui possède la plus grande maternité de Colombie-Britannique(36). Les infirmières de Colombie-Britannique peuvent suivre une formation de sage-femme mais elles ne peuvent pratiquer indépendamment, sans la supervision d'un médecin.

En 1980, un obstétricien de l'hôpital Grace de Vancouver a lancé un projet pilote où six infirmières-sages-femmes assurent la totalité des soins de maternité, y compris l'accouchement, auquel assiste un médecin en tant qu'observateur. Les résultats ont été examinés après les 100 premières patientes et comparés à ceux d'un groupe similaire de grossesses à faible risque surveillées par des médecins omnipraticiens. L'évaluation du projet était financée par une bourse du ministère de la Santé nationale et une partie de l'étude fut publiée en 1988 dans le Journal de l'Association médicale canadienne(37). Employant une échelle normalisée de mesure de la qualité des soins, adaptée et prétestée pour cette étude particulière, les chercheurs ont constaté que les infirmières-sages-femmes offrent des soins prénataux aux femmes à faible risque de qualité comparable, sinon supérieure, à ceux des médecins de famille; le taux des complications des premières n'était pas plus élevé, le taux d'infection était inférieur de 5 p. 100 et le pourcentage des accouchements par forceps et avec épidurale n'était que de 10 p. 100. Ce dernier chiffre est de 19 p. 100 pour l'ensemble des naissances canadiennes(38). Bien qu'aucune

---

(36) Cohen et al., (1988).

(37) Lynn Buhler, Ned Glick et Samuel B. Sheps, "Prenatal Care: A Comparative Evaluation of Nurse-Midwives and Family Physicians", Canadian Medical Association Journal, vol. 139, 1er septembre 1988.

(38) Eleanor LeBourdais, "Despite CMA Misgivings, Support for Midwifery Appears to be Growing", Canadian Medical Association Journal, vol. 139, 15 octobre 1989, p. 770.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

publicité n'ait été faite à ce programme, la demande de soins de maternité à faible risque dispensés par les sages-femmes de l'hôpital Grace de Vancouver excède largement la capacité actuelle.

Bien que des sages-femmes non certifiées aient exercé en Colombie-Britannique pendant très longtemps, le débat public sur leur rôle dans le système de santé et le statut juridique du foetus n'a culminé qu'en 1985, avec l'affaire du "bébé Voth". Deux sages-femmes non certifiées furent inculpées de négligence criminelle, l'une pour avoir causé la mortinaissance du foetus dans un accouchement à domicile et l'autre pour avoir causé des lésions corporelles à la mère. En octobre 1986, les sages-femmes furent acquittées de la seconde accusation, mais condamnées sur la première et se virent infliger des peines avec sursis et trois années de probation. Le juge conclut qu'elles avaient négligé des facteurs de risque qui auraient dû exclure l'accouchement à domicile et ignoré ensuite des manifestations de détresse évidentes. Toutefois, la Cour d'appel de Colombie-Britannique cassa le jugement sur l'accusation d'avoir causé la mort du foetus, concluant que celui-ci n'est pas une "personne", mais une partie du corps de la mère. La Cour substitua une condamnation à l'égard de la première inculpation.

On s'attend à ce que la cause "bébé Voth" soit entendue par la Cour suprême du Canada, où interviendra le Fonds d'action et d'éducation juridique pour les femmes (FAEJ), du fait des répercussions possibles de cette affaire sur toutes les femmes. Le Fonds s'inquiète de ce que la Cour suprême puisse faire entrer en ligne de compte les considérations suivantes: les pratiques alimentaires et contraceptives, ainsi que l'activité sexuelle d'une femme, tant avant que durant la grossesse; son droit de refuser ou d'accepter un traitement médical durant la grossesse; la nature de son recours en droit pénal ou civil en cas de négligence professionnelle médicale; la répartition des droits de décision entre la femme enceinte et l'État en cas de différend concernant les soins prénataux; enfin, le statut juridique du foetus.

Le groupe de pression qui vise la légalisation de la profession de sage-femme semble gagner en puissance en Colombie-Britannique et comprend quelques médecins, ainsi que des infirmières, des sages-femmes

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

et d'autres. En 1987, 37 médecins envoyèrent une lettre au Collège des médecins et chirurgiens de Colombie-Britannique, protestant contre son interprétation restrictive du Medical Practitioners Act et l'interdiction de toute forme de collaboration entre médecins et sages-femmes qui en résulte. La Interdisciplinary Midwifery Task Force of B.C., une association enregistrée à but non lucratif, s'est donné comme mission première depuis 1980 d'obtenir la légalisation des sages-femmes. Y militent plus de 500 obstétriciens, médecins omnipraticiens, infirmières, sages-femmes, patientes de sages-femmes et autres partisans. Ce groupe, de même que la Midwives Association of B.C. cherchent à rallier des appuis à la légalisation, par une campagne de sensibilisation du public et des pressions sur les pouvoirs publics. Le ministère de la Santé de Colombie-Britannique a récemment demandé à la première de mener une étude sur l'acceptabilité de la profession de sage-femme, avec l'aide d'une subvention fédérale de 500 000 $.

B. L'Alberta

En mai 1988, l'Alberta Advisory Council on Women's Issues (Conseil consultatif albertain sur les problèmes féminins) a produit un document d'information sur la profession de sage-femme après que son attention eût été attirée sur les préoccupations relatives à la qualité des soins donnés aux mères. Dans ce rapport, le débat est axé sur la qualité et la continuité des soins, les valeurs traditionnelles défendues par les sages-femmes et les droits des consommateurs. Le rapport ne contenait toutefois pas de recommandations, se contentant de reproduire le point de vue des divers participants au débat.

En février 1989, on comptait apparemment six sages-femmes en exercice en Alberta, lesquelles ont pratiqué l'année dernière près de 200 accouchements. L'Alberta Association of Midwives souhaite la légalisation de la profession et l'adoption de normes de formation. Elle préconise des études postsecondaires de quatre années débouchant sur un baccalauréat, ce qui protégerait à la fois le public et les sages-femmes elles-mêmes.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

Un groupement de consommateurs portant le nom d'Alberta Midwifery Task Force fait pression sur le gouvernement depuis 1988 afin qu'il légalise la profession. Pour sa part, l'Alberta Medical Association a adopté pour position que les sages-femmes ne devraient pouvoir exercer qu'en milieu hospitalier, sous la supervision d'un médecin et uniquement après avoir reçu une formation "adéquate" et obtenu une licence.

C. Le Manitoba

En mai 1987, le Manitoba Advisory Council on the Status of Women (Conseil consultatif manitobain de la condition féminine) a préconisé dans un document de travail que la profession de sage-femme soit légalisée et réglementée, que des programmes de formation soient mis sur pied et que les services des sages-femmes soient couverts par le régime d'assurance-maladie provincial.

D. L'Ontario

En Ontario, nul texte de loi ne prévoit l'art de l'accouchement en tant que profession distincte. Le Health Disciplines Act précise que nul ne peut pratiquer la médecine s'il ne détient pas une licence octroyée par le Conseil du Collège des médecins et chirurgiens de l'Ontario, la définition de médecine englobant la chirurgie et l'obstétrique. Le Health Disciplines Act prévoit deux exceptions: les premiers soins ou traitements d'urgence à titre gratuit et l'administration de médicaments "de ménage" par des membres de la famille d'un patient. Le paragraphe 67(2) de cette loi fait mention explicite des sages-femmes, disposant que quiconque dit avoir qualité de sage-femme ou exerce la profession de sage-femme se rend coupable d'une infraction. Ainsi, une sage-femme s'exposerait à poursuite si elle pratiquait sa profession, encore qu'aucune inculpation n'ait apparemment jamais été prononcée.

En avril 1984, le député néo-démocrate David Cooke déposa à l'Assemblée législative provinciale le projet de loi 48. Celui-ci, qui visait à faire des sages-femmes une profession indépendante et autoréglementée, ne fut jamais soumis au vote car on estima que des études

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

plus poussées étaient nécessaires pour en évaluer les répercussions sur le système de santé. On voulait également attendre les résultats du Health Disciplines Review Committee, créé en 1983 et chargé de se pencher sur l'éventuelle légalisation de plusieurs nouvelles disciplines dans le domaine de la santé en Ontario.

En 1985, le décès d'un nouveau-né lors d'un accouchement fait par une sage-femme à Wards Island, à Toronto, suscita l'attention du public. Un jury formé par le coroner de l'Ontario recommanda, après de longues audiences, que la profession de sage-femme soit juridiquement réglementée en Ontario, couverte par le régime d'assurance-maladie provincial (OHIP) et astreinte à une assurance obligatoire contre les fautes professionnelles. Toutefois, le ministère de la Santé s'est refusé à recommander la légalisation de la profession tant que la question n'aura pas été soigneusement étudiée.

En 1986, le Health Disciplines Review Committee recommanda que la profession de sage-femme soit réglementée par une loi, recommandation acceptée par le ministre de la Santé. Un groupe de travail présidé par l'avocate torontoise Mary Eberts, fut chargé de déterminer la manière d'intégrer les sages-femmes dans le système de santé. Ce groupe de travail, composé d'un avocat, d'un médecin, d'un membre de l'ancien Health Disciplines Review Committee et d'une infirmière, ne comportait pas de sage-femme.

En octobre 1987, le rapport du groupe de travail recommanda que les sages-femmes soient formées et licenciées en tant que professionnelles indépendantes (plutôt que comme praticiennes devant travailler sous la supervision d'un médecin ou comme infirmières). Le rapport préconisait une formation universitaire de quatre ans, n'exigeant pas au préalable la possession d'un diplôme d'infirmière. Un tel programme d'étude aurait probablement un coût analogue à celui des études d'infirmières, soit à peu près le tiers du coût des études de médecine(39). Le groupe de travail recommanda également la création

---

(39) Fouks et Gardner (1986), p. 6.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

d'un collège de sages-femmes qui réglementerait la profession, ainsi que l'adoption d'une série de critères professionnels afin de garantir le respect des normes d'exercice les plus rigoureuses. Le rapport notait que l'on dispose maintenant d'indications suffisantes pour conclure que des femmes jeunes, en bonne santé, dont la grossesse se déroule normalement, ne courent pas de risques supplémentaires si elles accouchent à domicile. Si les sages-femmes étaient licenciées et intégrées dans le système médical existant, elles pourraient prendre des dispositions préalables pour des interventions d'urgence au cas où des complications surgiraient pendant l'accouchement à domicile.

En réponse à ce rapport, la ministre de la Santé ontarien, Mme Elinor Caplan, nomma un conseil de 13 experts pour rédiger des normes d'exercice et des critères d'accréditation des sages-femmes. Le conseil, sous la présidence de l'avocate Maryn Eberts, qui présida également le groupe de travail sur les sages-femmes, frayera la voie à une nouvelle législation qui devrait être adoptée en 1990 et qui réglementera officiellement la profession et instaurera un collège de sages-femmes, similaire au collège qui existe déjà pour les médecins et infirmières(40).

En 1989, l'Ontario comptait près de 50 sages-femmes en exercice, qui avaient mis au monde environ 3 000 enfants au cours des cinq années précédentes. La profession n'étant pas reconnue, elles ne peuvent souscrire d'assurance-accident. Elles s'en remettent à des lignes directrices facultatives, couvrant les contrats avec les clientes, le matériel et les méthodes promulguées par l'Association des sages-femmes de l'Ontario, laquelle compte 125 membres. Leurs honoraires, qui ne sont pas remboursés par le régime d'assurance-maladie provincial, sont en moyenne de 800 $ pour les soins prénataux et postnataux, y compris l'accouchement. La plupart des sages-femmes ontariennes perçoivent des honoraires flexibles, inférieurs dans le cas de clientes peu fortunées. Si les services des sages-femmes sont couverts par le régime d'assurance provincial, ce barème mobile sera probablement remplacé par des honoraires fixes. L'Association

---

(40) Christie McLaren, "Midwives Move Closer to Recognition", Globe and Mail (Toronto), 5 juillet 1989.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

estime qu'une formation de trois ans suffirait, contrairement à l'avis du groupe de travail qui recommande quatre ans(41).

E. Le Québec

La législation médicale québécoise interdit à quiconque n'est pas médecin licencié d'exercer l'obstétrique. En dépit du statut juridique douteux de la profession de sage-femme au Québec, l'Alliance québécoise des sages-femmes praticiennes ou l'Association des sages-femmes diplômées du Québec regroupent près de 20 à 30 sages-femmes en exercice. Dans les régions isolées du nord, par exemple, les sages-femmes pratiquent souvent des accouchements en raison de la pénurie de médecins. Même dans les hôpitaux urbains, certains médecins favorables à la légalisation de la profession permettent à des sages-femmes, lesquelles sont autorisées dans la province à jouer le rôle d'assistantes auprès des médecins, à mettre elles-mêmes des enfants au monde. En avril 1989, toutefois, les administrateurs d'un hôpital montréalais suspendirent un médecin pendant six mois pour avoir laissé la sage-femme mettre l'enfant au monde, mais un autre hôpital montréalais souhaitant lancer un projet pilote d'accouchement par sage-femme lui offrit immédiatement un poste(42).

Il existait jadis un cours d'obstétrique à l'Université Laval destiné aux infirmières qui prévoyaient d'exercer en dehors du Québec ou dans le Nord. Selon divers articles de journaux, ce cours fut abandonné en 1972 lorsque les sages-femmes demandèrent l'autorisation de pratiquer au Québec même(43).

Au cours des 10 dernières années, plusieurs organisations ont oeuvré pour promouvoir les méthodes naturelles et la démédicalisation de l'accouchement. Ces organisations, telles que Naissance-Renaissance,

---

(41) Ibid.

(42) Kate Dunn, "Midwives: Operating on Law's Edge", The Gazette (Montréal), 15 avril 1989; Michèle Ouimet, "Ces sages-femmes dont on parle tant", La Presse, 13 mai 1989.

(43) Ibid.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

s'appuient sur des statistiques officielles montrant la multiplication des interventions médicales dans l'acte d'accouchement. Elles ont signalé, par exemple, qu'en 1979, 82 p. 100 des femmes ayant accouché au Québec ont subi une épisiotomie et qu'en 1982 18 p. 100 eurent une césarienne (contre 12 p. 100 en 1977). Les artisans de la légalisation de la profession de sage-femme affirment qu'un grand nombre de ces interventions sont inutiles et entraînent souvent la nécessité de soins médicaux prolongés. Naissance-Renaissance promeut activement la légalisation de la profession et la création de centres de maternité autonomes, distincts des hôpitaux, où l'accouchement serait moins bureaucratique et où la parturiente pourrait être entourée de sa famille(44).

En 1988, la Commission d'enquête sur les services médicaux et sociaux du Québec (connue sous le nom de Commission Rochon) recommanda la légalisation. En outre, le Conseil consultatif des affaires sociales, en janvier 1988, exhorta le gouvernement à lancer un projet pilote triennal où les sages-femmes seraient autorisées à pratiquer quelques accouchements à faible risque. Le groupe de travail provincial sur la profession de sage-femme recommanda également la réglementation de la profession. En mars 1989, la ministre de la Santé et des Services sociaux, M^me^ Thérèse Lavoie-Roux, annonça son intention de permettre aux sages-femmes d'exercer dans quelques hôpitaux, à titre expérimental. Elle affirma d'abord vouloir attendre l'approbation de l'association des médecins avant d'introduire une loi en ce sens, mais il apparut en mai 1989 que l'opposition des médecins ne diminuerait pas.

Les médecins québécois réagirent avec colère à l'idée de légaliser la profession de sage-femme. On a rapporté que, dans une entrevue accordée à la presse, le D^r^ Augustin Roy, président de la Corporation professionnelle des médecins du Québec aurait déclaré: "Pourquoi ne pas légaliser la prostitution? Il y a beaucoup plus de gens qui réclament la légalisation de la prostitution que celle des

---

(44) Marie-Claude Martel, "Où accoucher?", The Canadian Nurse, avril 1988, p. 37.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

sages-femmes"(45). Clément Richer, président de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, aurait déclaré que le fait de permettre aux sages-femmes de mettre au monde des enfants est "comme confier à un pilote apprenti les commandes d'un Boeing 747 rempli de passagers"(46).

Une loi autorisant les sages-femmes à exercer dans un certain nombre de projets pilotes d'hôpitaux québécois fut introduite en juin 1989, deux jours avant l'ajournement d'été. Les médecins québécois ont menacé de boycotter ces projets, qui ne peuvent aboutir sans leur collaboration. En outre, l'intersession d'été et l'élection provinciale feront sans doute que le projet de loi sera retardé ou abandonné.

F. Terre-Neuve

Bien que la bureaucratisation médicale, la domination des soins de maternité par la médecine et la multiplication des accouchements à l'hôpital aient éliminé la profession de sage-femme partout en Amérique du Nord, à Terre-Neuve et au Labrador ces facteurs n'ont fait que la transformer. Les sages-femmes non diplômées, ayant appris leur art en apprentissage auprès d'autres sages-femmes, avaient coutume d'accoucher les femmes enceintes à domicile, ainsi que de soigner d'autres malades, parfois en échange de petits honoraires ou de légumes, selon les moyens de la famille. Au cours des années 1930, ces sages-femmes et d'autres femmes intéressées se virent offrir des cours de trois mois pour devenir fonctionnaires dans les nouveaux "hôpitaux de campagne", qui employaient de cinq à 10 sages-femmes diplômées dans chaque maternité. Ces emplois constituaient, à bien des égards, une amélioration de la situation des sages-femmes non diplômées indépendantes, leur apportant un revenu régulier, un lieu de travail constant, une répartition des tâches et des services et des installations médicaux d'appoint, tout en leur laissant une liberté d'action relative. Cependant, au cours des années 1960, on

---

(45) Ingrid Peritz, "Quebec Wants Midwives Law by June", The Gazette (Montréal), 10 mai 1989.

(46) André Picard, "Quebec Doctors Denounce Proposed Midwifery Law", Globe and Mail (Toronto) 11 mai 1989.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

commença à régionaliser les soins de maternité et un grand nombre des hôpitaux de campagne furent fermés. Les grands hôpitaux régionaux n'emploient aujourd'hui plus que quelques infirmières/sages-femmes, mais celles-ci travaillent sous la supervision d'administrateurs hospitaliers et de médecins spécialistes(47).

Le Midwifery Act de Terre-Neuve, révisé en 1970, place la profession sous le contrôle du Newfoundland Midwifery Board. Celui-ci réglemente l'accréditation des sages-femmes, octroie les permis d'exercice et décide la région géographique dans laquelle une sage-femme peut travailler. Toutefois, cet organisme est inopérant depuis près de 27 ans et le ministère de la Santé provincial considère la loi comme tombée en désuétude. L'année 1987 vit une tentative de l'abroger, mais l'Alliance of Nurses and Midwives protesta.

Les sages-femmes qui continuent à exercer à Terre-Neuve sont des infirmières de formation; elles offrent des conseils prénataux et postnataux et une assistance pendant l'accouchement, mais ne mettent pas les enfants au monde elles-mêmes. Ne disposant pas de soutien médical, elles refusent de courir le risque d'accoucher à domicile. Cela signifie que dans les régions isolées, les femmes arrivant à la fin de leur grossesse doivent se rendre dans un hôpital pour attendre la venue au monde de l'enfant, ce qui ne vas pas sans difficulté pour elles-mêmes et leur famille. Le mouvement en faveur d'un exercice indépendant de la profession à Terre-Neuve semble s'amplifier, mais n'est pas encore assez fort pour contester la loi(48).

CONCLUSIONS

Les sages-femmes canadiennes travaillent sans le bénéfice d'un conseil de l'Ordre, d'une formation reconnue, d'une protection juridique ou de l'assurance d'être payées. N'étant pas couvertes par les

---

(47) Benoit (1989).

(48) Deborah Redfern, "Midwifery in Newfoundland", Healthsharing, hiver 1987, p. 9.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

régimes d'assurance-maladie, leurs honoraires (près de 800 $ pour les soins prénataux, l'accouchement et les soins postnataux) excèdent les possibilités des pauvres. En l'absence d'exigences et de normes éducatives, il est théoriquement possible à quiconque de travailler comme sage-femme non diplômée en dehors du cadre hospitalier. Toutefois, les lois de la plupart des provinces réservent aux médecins la pratique des accouchements et l'absence de soutien de la part des hôpitaux et de la profession médicale rendent difficile l'exercice de la profession.

Nombre de sages-femmes canadiennes ont été formées dans le cadre de leurs études d'infirmière en Europe, d'autres encore au cours d'un apprentissage auprès d'autres sages-femmes aux États-Unis. Bien que l'on réclame de plus en plus des cours de sages-femmes et la réglementation de la profession au Canada, aussi bien les médecins que les infirmières des hôpitaux s'y opposent.

En 1987, le Journal de l'Association médicale canadienne (vol. 136, 15 juin 1987) publia une déclaration sur le rôle des sages-femmes. L'Association y indiquait clairement être opposée à leur reconnaissance en tant que profession paramédicale indépendante, mais que les infirmières pourraient recevoir une formation pour assumer davantage de responsabilités dans les soins obstétriques, sous la supervision de médecins. Sa propre étude des soins obstétriques aboutissait à la conclusion que le système actuel dispose de toutes les ressources et de tout le personnel nécessaires pour donner aux femmes canadiennes des soins obstétriques de la plus haute qualité.

À une époque où l'on passe à la loupe les dépenses de santé et où les pouvoirs publics et les hôpitaux cherchent des moyens de réaliser des économies, certaines provinces envisagent sérieusement de faire davantage appel aux sages-femmes. En outre, les femmes canadiennes exigent de plus en plus une solution de rechange à la "médicalisation" de l'accouchement en milieu hospitalier et aux mains d'obstétriciens. Celles qui ont les moyens de recourir à des sages-femmes formées à l'étranger peuvent le faire à titre privé et en les payant de leur poche. Toutefois, nombre de sages-femmes professionnelles refusent d'exercer au Canada parce qu'elles craignent des poursuites, ne possèdent pas d'assurance-

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

responsabilité civile ou estiment avoir besoin du soutien de médecins et d'hôpitaux en cas de complications.

Il subsiste encore quantité de désaccords sur la nature de la réglementation des sages-femmes à adopter. Les associations de médecins et d'infirmières préconisent de confier à l'Ordre des infirmières la réglementation des infirmières/sages-femmes; or, un grand nombre de ces dernières estiment que si elles travaillaient à l'hôpital, sous l'autorité de médecins et d'infirmières, elles ne pourraient mettre en pratique leur conception de l'accouchement et craignent que la légalisation et la réglementation de la profession ne leur imposent des contraintes encore plus grandes que celles qu'elles rencontrent déjà.

Même si la profession était légalisée, si un conseil de l'Ordre distinct fixait les normes de formation et d'exercice, si des programmes d'études étaient mis en place et si les services des sages-femmes étaient couverts par l'assurance-maladie, le problème de la coopération médicale subsisterait néanmoins. À moins que les médecins n'acceptent une division du travail et ne partagent avec les sages-femmes les soins de maternité, la légalisation et la réglementation ne serviraient à rien. La nécessité pour les sages-femmes d'amener les médecins à coopérer, sans compromettre leurs principes propres, est un dilemme semblable à celui qui s'est déjà posé aux ostéopathes, aux pharmaciens, aux chiropraticiens et aux pédicures. Tant que les médecins continueront à dominer le système de santé, ils dicteront les conditions de tout changement(49). Pourtant, si l'on intégrait les services des sages-femmes dans le régime d'assurance-maladie, si l'on autorisait les sages-femmes à fournir des soins prénataux et postnataux et à pratiquer les accouchements à faible risque à domicile et dans les hôpitaux, des économies considérables pourraient être réalisées dans les budgets de santé.

---

(49) Deborah A. Sullivan et Rose Weitz, Labor Pains. Modern Midwives and Home Births, Yale University Press, New Haven, 1988, p. 164-165.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

RÉFÉRENCES

Alberta Advisory Council on Women's Issues. Midwifery in Alberta: A Discussion Paper. Edmonton, 12 mai 1988.

Anderson, Cheryl. "Midwifery and the Family Physician." Canadian Family Physician, vol. 32, janvier 1986, p. 11-15.

Association médicale canadienne. "The Role of Midwives." Canadian Medical Association Journal, vol. 136, 15 juin 1987.

Barrington, Eleanor. Midwifery is Catching. New Canada Publications, Toronto, 1985.

Barrington, Eleanor. "A Safe and Satisfying System is the Goal of Ontario Midwives." Globe and Mail (Toronto), 17 février 1986.

Benoit, Celia. "Midwives and Healers: The Newfoundland Experience." Healthsharing, hiver 1983.

Benoit, Celia. "Traditional Midwifery Practice: The Limits of Occupational Autonomy." Canadian Review of Sociology and Anthropology, vol. 26, n° 4, août 1989, p. 633-649.

Buhler, Lynn, Ned Glick et Samuel B. Sheps. "Prenatal Care: A Comparative Evaluation of Nurse-Midwives and Family Physicians." Canadian Medical Association Journal, vol. 139, 1er septembre 1988.

Butter, Irene H. et Bonnie J. Kay. "State Laws and the Practice of Midwifery." American Journal of Public Health, vol. 78, n° 9, 1988, p. 1161-1169.

Cohen, Lori. "The Baby Who Wasn't." Alberta Report, 15 août 1988.

Cohen, Lori, Greg Heaton et Paul Bunner. "A Victory for Midwives." Alberta Report, 25 juillet 1988.

College of Physicians and Surgeons of Ontario. "Nurse-Midwives." College Notices, janvier 1982.

Dunn, Kate. "MD Suspended in Dispute Over Midwife." The Gazette (Montréal), 12 avril 1989.

Dunn, Kate. "Midwives: Operating on Law's Edge." The Gazette (Montréal), 15 avril 1989.

Ehrenreich, B. et D. English. Witches, Midwives and Nurses: A History of Women Healers. New York, 1973.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

Fooks, Cathy et Bob Gardner. "The Implementation of Midwifery in Ontario." Current Issue Paper #50. Ontario Legislative Library, Toronto, novembre 1986.

Gibbon, John Murray et Mary S. Mathewson. Three Centuries of Canadian Nursing. Macmillan Company, Toronto, 1947.

Gilbert, Terry. "Midwives Lobby to Legalize Profession." Calgary Herald, 19 février 1989.

Hossie, Linda. "The Midwives Battle for Self-Rule." Globe and Mail (Toronto), 12 novembre 1985.

Hurlburt, J. "Midwifery in Canada: A Capsule History." The Canadian Nurse, vol. 77, 1981.

Jezioranski, Lisa. "Towards a New Status for the Midwifery Profession in Ontario." McGill Law Journal, vol. 33, n° 1, 1987, p. 90-136.

Kitzinger, S. and J.A. Davis, eds. The Place of Birth. Oxford University Press, Toronto, 1978.

Kloosterman, G.J. "The Dutch System of Home Births." In Kitzinger and Davis, 1978.

LeBourdais, Eleanor. "Despite CMA Misgivings, Support for Midwifery Appears to be Growing." Canadian Medical Association Journal, vol. 139, 15 octobre 1988, p. 769-772.

MacKay, R. "Poor Relief and Medicine in Nova Scotia, 1749-1793." S.E.D. Shortt, ed. Medicine in Canadian History: Historical Perspectives. McGill University Press, Montréal, 1981.

Manitoba Advisory Council on the Status of Women. Midwifery: A Discussion Paper. Winnipeg, mai 1987.

Martel, Marie-Claude. "Où Accoucher?" The Canadian Nurse, avril 1988, p. 34-37.

Mate, Gabor. "It's Time to Legalize Midwifery." Globe and Mail (Toronto), 8 janvier 1987.

McLaren, Christie. "Midwives Move Closer to Recognition." Globe and Mail (Toronto), 5 juillet 1989.

"Midwives' Case Next in Fetal Rights' Debate." LEAF Newsletter, n° 7, été 1989.

Ouimet, Michèle. "Ces sages-femmes dont on parle tant." La Presse, 13 mai 1989.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

Peritz, Ingrid. "Quebec Wants Midwives Law by June." The Gazette (Montréal), 10 mai 1989.

Picard, André. "Quebec Doctors Denounce Proposed Midwifery Law." Globe and Mail (Toronto), 11 mai 1989.

Rauhala, Ann. "Task Force Endorses Role of Midwifery." Globe and Mail (Toronto), 30 juin 1987.

Redfern, Deborah. "Midwifery in Newfoundland." Healthsharing, hiver 1987, p. 9.

Stevenson, Judi. "Fetal Positions." Toronto Life, mai 1986, p. 52, 73ff.

"Study Links Wealth and Caesarians." Globe and Mail (Toronto), 27 juillet 1989.

Sullivan, Deborah A. et Rose Weitz. Labor Pains. Modern Midwives and Home Births. Yale Press, New Haven, 1988.

Task Force on the Implementation of Midwifery in Ontario (Chaired by Mary Eberts). Report. Toronto, 1987.

Torres, Alberto et Michael R. Reich. "The Shift from Home to Institutional Childbirth: A Comparative Study of the United Kingdom and The Netherlands." International Journal of Health Services, vol. 19, n° 3, 1989, p. 405-414.

United States Department of Health, Education and Welfare. Cost and Benefits of Electronic Fetal Monitoring: A Review of the Literature. DHEW Publication No. 79-3245, Washington, D.C., 1979.

Van Wagner, Vicki. "Women Organizing for Midwifery in Ontario." Resources for Feminist Research, vol. 17, n° 3, septembre 1988.

Weitz, Rose. "English Midwives and the Association of Radical Midwives." Women and Health, vol. 12, n° 1, 1987, p. 79-89.

Wertz, R. and D. Wertz. Lying-In: A History of Childbirth in America. Free Press, New York, 1977.

Wood, Nancy. "Time to Settle Midwife Dispute, Minister Told." The Gazette (Montréal), 13 avril 1989.